**Servicios Médicos**

**Siproma**

**V.P.D.S.**

**Por medio de este instrumento la Universidad Nacional Experimental de los Llanos Occidentales**

**Ezequiel Zamora (UNELLEZ) se compromete a cancelar a la Clínica por el Servicio Médico Prestado.**

**PLANILLA DE HOSPITALIZACION, CIRUGIA Y MATERNIDAD (HCM)**

**INGRESO POR PATOLOGIA DE EMERGENCIA Y/O URGENCIAS.**

**Fecha: / / .**

**PARA SER LLENADO POR LA CLÍNICA**

NOMBRE DE LA CLÍNICA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RIF.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ESTADO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL TITULAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.I. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EDAD:\_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA DE EGRESO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO DE INGRESO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

AUTORIZADO POR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_VISITADO POR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MONTO PRESUPUESTADO HASTA DOS DIAS: (Bs.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) MONTO

FACTURADO (Bs.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) MONTO DE COBERTURA (Bs.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DE LA ADM. DE LA CLINICA

Nº\_\_\_\_\_\_\_

**PARA SER LLENADO POR UNELLEZ-SIPROMA**

CATEGORIA Y CONDICION DEL TITULAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PARENTESCO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VICERRECTORADO, PROGRAMA O NUCLEO ADSCRITO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE O RAZON SOCIAL: UNIVERSIDAD NCL. EXPERIMENTAL DE LOS LLANOS

EZEQUIEL ZAMORA (UNELLEZ) Nº DE RIF.: G-20007705-0

MONTO NO CUBIERTO: HABITACION TIPO SUITE, COMIDA DE ACOMPAÑANTE, TV Y

TELEFONO.

PORCENTAJE DE COBERTURA: 100% 50% PERSONAL MEDIO TIEMPO A TIEMPO COMPLETO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

JEFE DE DISIPROMA JEFE DE LA UNIDAD DE CONTROL Y SEG. ADM VPDS

Remitir esta planilla con los siguientes soportes: \* Original y Copia de la Factura Legalmente aceptable siguiendo lo estipulado en

providencia 0257 sobre las Normas Generales de Emisión de Facturas y otros documentos según Gaceta Oficial Nº 38.997 \* Relación:

Material Medico Quirúrgico, Medicamentos en Hospitalización y en Quirófano, \* Informes Medico: Ingreso, Egreso, Interconsultas y

resumen clínico que justifique la extensión después de 48 horas en hospitalización. \* Resultados de: Exámenes y/o estudios realizados

(laboratorio y especializados). \* Banco de Sangre: Documentos que justifique la cantidad suministrada. \* Documentos de Identidad del

titular y beneficiario.

NOTA: Los Informes Médicos deben venir firmados y sellados por el médico tratante, o en su defecto la información matricular del

mismo, validado por la Administración de la Clínica (Sello); Igualmente resultados y estudios especializados, así como también la

facturación y demás soportes que se consideren convenientes.

Enviar facturas y soportes a la siguiente Dirección: UNELLEZ, Oficina de DISIPROMA, final Avda. 23 de Enero, Alto Barinas

Estado Barinas. Teléfono: Fax. (0273) 5331920.