



SEMPRE

Servicio Médico Previsional
Instituto de Seguridad Social
Provincia de La Pampa

Sr.
Gerente General del
Servicio Médico Previsional
S _____ / _____ D _____

SANTA ROSA,.....

Por la presente solicito a Usted la derivación de:

Apellido y Nombre:

Afiliado N° :Edad:

al Establecimiento Asistencialde

la ciudad de

SERVICIOS	TURNO	HORA	MEDICO
1°/...../.....:.....
2°/...../.....:.....
3°/...../.....:.....
4°/...../.....:.....
5°/...../.....:.....
OTROS.....			

De **AUTORIZARSE POR AUDITORÍA MÉDICA** concurriré acompañado por

1°ACOMPAÑANTE.....PARENTESCO.....EDAD.....

2°ACOMPAÑANTE.....PARENTESCO.....EDAD.....

(IMPORTANTE: el hecho de solicitarlo no implica su autorización)

HOTEL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Solicito día antes	<input type="checkbox"/>	día después	<input type="checkbox"/>
AMBULANCIAS	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>				

(Indicar la opción deseada con una X)

*La Ayuda económica para traslado será transferida a la cuenta del afiliado titular

Saludo a Usted. Atentamente.

FIRMA af titular :ACLARACIÓN:.....

N° DE AFILIADO:.....DOMICILIO:.....

TELÉFONO:.....

Firmar en anverso y reverso

Anotado:

Retira:

RECIBE POR SEMPRE.....

Mediante la presente, dejo expresa constancia de que se me ha notificado que las prestaciones que se realicen en prestadores ofrecido por SEMPRE fuera de la provincia por derivación autorizada de mi persona o un familiar indirecto, son pasible de que correspondan coseguros¹ a mi cargo.

En todos los casos SEMPRE autorizará al prestador a facturar el 100% del valor de la prestación, para que el afiliado no deba desembolsar suma alguna de dinero durante la atención fuera de la provincia, posteriormente se efectuará el cálculo del coseguro correspondiente, en función de los aranceles del prestador, la patología del afiliado y el nomenclador SEMPRE.

Finalmente Dpto. Contable debitará del recibo de sueldo los coseguros que sean menores o iguales a \$400,00 y en caso de que el monto supere la cifra anteriormente mencionada, se comunicará con el afiliado titular para coordinar la forma de pago.

.....
Firma af. Titular.

.....
Aclaración

.....
CUIL

¹ Entiéndase por coseguro, el importe monetario que corresponde abonar al afiliado.