

“El Río Atuel también es Pampeano”

Formulario de primera derivación

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:

De AUTORIZARSE POR AUDITORÍA MÉDICA concurriré acompañado por

1ºAcompañante:.....PARENTESCO.....Edad.....Dni.....

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

HOTEL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<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

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

En todos los casos SEMPRE autorizará al prestador a facturar el 100% del valor de la prestación, posteriormente se efectuará el cálculo del coseguro correspondiente.

Autorizo al Departamento Contable a **debitar de mi recibo de sueldo los coseguros que sean menores o iguales al 10% de la Remuneración de la categoría 16 de la ley 643** y en caso de que el monto supere la cifra anteriormente mencionada, me informará para coordinar la forma de pago.

FIRMA af titular :ACLARACIÓN:.....

Nº DE AFILIADO:.....-.....TELÉFONO:.....

DOMICILIO:.....

CORREO ELECTRÓNICO:.....

CBU:

ALIAS:

derivaciones@sempre.isslp.gov.ar