SEMPRE
Servicio Médico Previsional
Instituto de Seguridad Social
Provincia de La Pampa

"El Río Atuel también es Pampeano"

Sr.
Gerente General del
Servicio Medico Previsional
S / D

Lugar y fecha……..……..

Por la presente solicito a Usted la derivación de:

Apellido y Nombre: ……..……..

Afiliado Nº:. ……..……..Edad: ……...

De **autorizarse por auditoría médica** concurriré acompañado por:

ACOMPAÑANTE: ……..……..……..……PARENTESCO..……..…..EDAD…..….DNI……..…

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

HOTEL	☐ SI	☐ NO
AMBULANCIA	☐ SI	☐ NO

(Indicar la opción 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 ofrecido 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, 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 podrá descontar directamente del recibo de sueldo, los coseguros cuyo importe sean de hasta el 10% de la Remuneración de la categoría 16 de la Ley 643. Para importes mayores, se comunicará con el afiliado titular para coordinar las formas de pago.

FIRMA af. titular: ……ACLARACIÓN:……..…

Nº DE AFILIADO:……DOMICILIO:……

TELÉFONO:…….. MAIL:……..……..

CBU:……..…….....

ALIAS:……..……..……..……

derivaciones@sempre.isslp.gov.ar