

SOLICITUD DE CONTRIBUCIONES

INTERCONVENIO SERVICIO MÉDICO INDIRECTO

1. Fecha		
Día	Mes	Año

2. TIPO DE CONTRIBUCIÓN

Enfermedad (Cláusula 14) Tratamientos Especiales (Cláusula 16) Prótesis y Aparatos Ortopédicos
 Necesidades Especiales Procedimientos Médico- Quirúrgico Ayudas Especiales

SÓLO TRABAJADORES DEL IPASME:

Gastos Mortuorio Matrimonio Nacimiento de Hijo Fallecimiento

3. DATOS DEL AFILIADO

Apellidos: _____ Nombres: _____

Nº Cédula de Identidad: _____ Sexo: F M Estado Civil: _____
 V E Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Unión Estab de Hecho

Dirección de Habitación: _____

Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____ Parroquia: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono Habitación: _____ Teléfono Trabajo: _____
Código: _____ Cód. Area: _____ Cód. Area: _____

4. DATOS ADMINISTRATIVOS

Organismo al cual depende: _____
 IPASME M.P.P.E Gobernación Alcaldía Instituto de Educación Universitaria

Tipo de Cargo: _____ Condición del Empleo: _____
 DOCENTE ADMINISTRATIVO OBRERO ACTIVO JUBILADO

5. DATOS BANCARIOS

Banco: _____ Tipo de Cuenta: _____ Número de Cuenta: _____
 Ahorro Corriente Electrónica

6. DATOS DEL BENEFICIARIO QUE ORIGINA LA CONTRIBUCIÓN

Apellidos: _____ Nombres: _____

Nº Cédula de Identidad _____ Sexo F M Fecha Nacim. _____ Edad _____ Parentesco: _____
 V E Padre Madre Hijo Cónyuge/Unión Estable de Hecho

En caso de Necesidades Especiales, Diagnóstico Médico: _____ Nº de Factura por Tipo de Contribución: _____

Descripción Acto Médico (Clase): _____ Código: _____

7. SÓLO PARA SER LLENADO POR LA UNIDAD RECEPTORA

Funcionario Receptor: _____ Unidad IPASME _____ Sello _____
 Apellido y Nombre: _____ Cédula de Identidad _____ Fecha _____

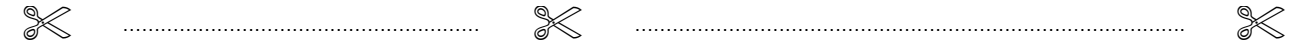
8. SÓLO PARA SER LLENADO POR EL ANALISTA INTEGRAL /TRABAJADOR(A) SOCIAL

Aprobado: SI NO Especifique Reparó: _____

Firma _____ Fecha _____ Monto _____

420100003

OYP



COMPROBANTE SOLICITUD DE CONTRIBUCIONES

INTERCONVENIO SERVICIO MÉDICO INDIRECTO

Fecha de Solicitud		
Día	Mes	Año

Datos del Afiliado Funcionario Receptor

Apellidos y Nombres: _____ Nº Cédula de Identidad: _____ Apellido y Nombre: _____ Fecha Recep.: _____ Unidad IPASME _____ Sello _____
 V E

TIPO: Enfermedad (Cláusula 14). Tratamientos Especiales (Cláusula 16). Prótesis y Aparatos Ortopédicos.
 Necesidades Especiales Procedimientos Médico- Quirúrgico. Ayudas Especiales.

SÓLO TRABAJADORES DEL IPASME:
 Gastos Mortuorio Matrimonio Nacimiento de Hijo Fallecimiento

Usted podrá solicitar información, a la Gerencia de Afiliación y Contribuciones / Coordinación de Contribuciones, a través de los siguientes teléfonos: (0212) 541-5124 / 5510 y (0212) 546-6534 / 6541 / 6546 / 6549 / 6991.