

## Formulario de Derivación de Alta Complejidad - Compensación por Derivación - Servicio de Reciprocidad

Corrientes/Resistencia:.....de.....de.....

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Dra. Rocío Paola Cardozo

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D:

Me dirijo a usted con el objeto de solicitar que por donde corresponda se autorice (marcar el recuadro que corresponda):

..... Derivación de alta complejidad según anexo adjunto.

..... Compensación por derivación para..... (.....) personas.

..... Servicio de reciprocidad con la Obra Social de la Universidad de.....

Para el titular/familiar conforme a la documentación y datos detallados a continuación:

AFILIADO TITULAR: .....CUIL:.....

FAMILIAR BENEFICIARIO:.....CUIL:.....

ACOMPAÑANTE.....CUIL:.....

(Persona responsable de acompañar al paciente)

**Asumo el compromiso formal que dentro de los 10 (diez) días posteriores a mi regreso de PRESENTAR LOS COMPROBANTES DE PASAJES UTILIZADOS O GASTOS REALIZADOS PARA EL TRASLADO (COMBUSTIBLE + PEAJES). Declaro conocer que el incumplimiento del compromiso asumido por el suscripto, autorizará al ISSUNNE a debitar el monto de la compensación otorgada y no rendida en mi ficha cuenta.**

Datos financieros para la acreditación:

Titular de la cuenta bancaria:.....

Banco:.....CBU N°.....

Tipo de cuenta:.....N° de cuenta.....

Firma y aclaración del afiliado titular.....

Domicilio:.....Ciudad.....

Teléfono fijo (.....).....Celular.....Email.....

Fecha del Turno:.....

**Coordinación de Prestaciones Médicas:**

Ctes...../...../.....

En la fecha se desglosa original del Formulario de Derivación de Alta complejidad. Corresponde compensación por derivación para..... (.....) personas.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

En la fecha se emitió NOTA OSU para la Universidad Nacional de.....

Ctes...../...../.....

.....  
**Firma del Responsable**

**Dpto. Contable.**

En la fecha se adjunta el preventivo correspondiente.

.....  
**Firma del Responsable**

**Coordinación Administrativa**

En la fecha se adjunta Disposición N°.....siga al Departamento Contable.

Ctes.... /...../.....

.....

**Firma del Responsable**

**Dpto. Contable**, toma conocimiento de la Disposición N°..... y procede a la liquidación correspondiente.

Siga a Tesorería a sus efectos. Ctes..... /..... /.....

.....

**Firma del Responsable**

**Dpto. Tesorería**, en la fecha...../...../..... se efectuó la transferencia correspondiente. Sigá al personal de control de Rendición de compensación por derivación.

.....

**Firma del Responsable**

**Dir. De Gestión Administrativa**, en la fecha se adjunta expediente de rendición correspondiente debidamente conformado, siga a MESA/ DPTO. FINANCIERO.

Ctes...../...../.....

.....

**Firma del Responsable**

**MESA**, para su archivo.

.....

**Firma del Responsable**

**FORMULARIO ÚNICO PARA DERIVACIONES DE ALTA COMPLEJIDAD**

DATOS A COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE (SIN ABREVIATURAS)

POR EL MÉDICO TRATANTE

FECHA:...../...../.....

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE.....

Nº DE DNI:..... EDAD:.....SEXO:.....

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:

.....  
.....  
.....  
.....

DIAGNÓSTICO DE CERTEZA:

.....  
.....  
.....  
.....

MOTIVO DE DERIVACIÓN:

.....  
.....

PRÁCTICA Y/O ESPECIALIDAD:

.....  
.....

DATOS MÉDICO DERIVANTE:

<b>Firma y Sello</b>	<b>Tipo y N° de Matrícula</b>	<b>Teléfono</b>

DATOS A COMPLETAR POR LA ASESORÍA MEDICA / COORDINACIÓN DE PRESTACIONES  
MÉDICAS

NO SE AUTORIZA POR:

.....  
.....

SE AUTORIZA PRESTADOR:

<b>Firma y Sello</b>	<b>Fecha</b>

**ANEXO A LA DISPOSICIÓN 001/16 del C.A. ISSUNNE.**

**Artículo 7: Establecer que la cobertura de las prestaciones, cuyas derivaciones se autoricen en los términos de la presente, se realizará sobre la base de los valores o aranceles determinados por convenio – directo o a través de la red COSUN – con los centros médicos a los cuales el afiliado haya sido derivado. En caso de no existir convenio para la práctica a la cual se deriva, se aprobará el valor de referencia de la región Corrientes – Chaco. Toda diferencia se debitará en la Ficha Cuenta del afiliado titular.**

**Declaro conocer los términos de la Disposición Nro. 001/2016 C.A. en todos sus artículos.**

-----  
Firma y aclaración del afiliado

## Formulario de Rendición de Gastos Compensación por Derivación

Corrientes,..... de..... de .....

Señora Delegada Rectoral del ISSUNNE

Méd. Rocío Paola Cardozo

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D:

El/a que suscribe.....

DNI N° ....., se dirige a Ud. y por su intermedio ante quien corresponda a los efectos de presentar comprobantes de gastos de compensación por derivación Ref. Expte.....

Adjuntos originales de:

- a) Pasajes ómnibus ida y vuelta.
- b) Pasajes Avión y/ o Tarjeta de embarque (ida y vuelta).
- c) Tickets o Factura de combustible y peajes.-

Sin otro particular saludo atentamente.

.....

Firma del afiliado titular

Celular:.....

Email:.....