

<b>Requisitos:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ser afiliado al Instituto y estar debidamente registrado, para solicitar una contribución.</li><li>• La planilla de solicitud debe ser llenada totalmente, firmada y sin enmendaduras.</li><li>• La recepción de Planillas para la solicitud de Pagos, es de un año.</li></ul>
<b>Recaudos Generales:</b> (aplica para cualquier solicitud)	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Una (01) Fotocopia de cédula de identidad del Afiliado.</li><li>2. Carnet de Afiliado, sólo para constatar la filiación.</li><li>3. Copia de la Libreta (en caso de ser cuenta de ahorro) o Certificación Bancaria (en caso de ser cuenta corriente o electrónica).</li></ol>
<b>Recaudos por Servicio Médico Indirecto</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Original de la Factura (procedimiento médico, consulta, laboratorio, ópticas, ortopedia) las mismas deben cumplir con los requisitos exigidos por el SENIAT.</li><li>2. Informe u Orden Médica expedido por un especialista, que indique el Acto Médico realizado (original o copia) según sea el caso.</li><li>3. En caso de <b>Cirugía</b>, se cancelará al afiliado o afiliada que originó la contribución lo establecido en el Baremo, más el 20% adicional cuando el conyugue o concubino sea afiliado (previa demostración de tal condición).</li><li>4. Cuando tenga Seguro Privado o Pública, se le tomará la fecha de la entrega de: Facturas originales, Finiquito o Constancia, con notas marginales respectivamente.</li></ol>
<b>Recaudos por Necesidades Especiales</b>	<p><b>Primera vez:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Original del Informe Médico, avalado por la Unidad Ipasme (diagnóstico, nombre y apellido, cédula de identidad, firma, fecha, sello y con N° de colegiatura del Médico tratante).</li><li>2. Carnet de CONADIS.</li><li>3. En caso que el representante sea un Tutor, debe consignar la Fotocopia de la Autorización del Tribunal de Protección del Menor.</li></ol> <p><b>Renovación:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Original del Informe Médico o Constancia de Rehabilitación (diagnóstico, nombre y apellido, cédula de identidad, firma, fecha, sello y con N° de colegiatura del Médico tratante) actualizado.</li></ol>
<b>Recaudos por Interconvenio</b>	<p><b>Cláusula 14 y Cláusula 16:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Informe Médico avalado por Junta Médica IPASME.</li><li>2. Original de la Factura o Presupuesto del costo del tratamiento.</li></ol> <p><b>Fallecimiento del Afiliado: (sólo personal Ipasme)</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Fotocopia del Acta de Defunción del Afiliado.</li><li>2. Fotocopia de la Declaración de Herederos Únicos y Universales.</li><li>3. Fotocopia de la Autorización del Tribunal de Protección del Menor (en caso de beneficiarios menores de 18 años).</li></ol> <p><b>Gastos Mortuorios de un Afiliado o Beneficiario: (sólo personal Ipasme)</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Fotocopia del Acta de Defunción.</li></ol> <p><b>Nacimiento: (sólo personal Ipasme)</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Fotocopia de la Partida de Nacimiento del hijo o hija.</li></ol> <p><b>Matrimonio: (sólo personal Ipasme)</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Fotocopia del Acta de Matrimonio.</li></ol>
<b>Recaudos por Ayudas Técnicas/Social</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1.- Informe Médico.</li><li>2.- Original del Informe Socioeconómico emitido por el área de Trabajo social IPASME.</li><li>3.- Autorización (en caso que el solicitante no pueda asistir, debe presentar la cédula laminada).</li></ol>

**Nota:**

- El IPASME se reserva el derecho de solicitar, cualquier recaudo adicional, que atribuya con el trámite.
- La recepción de la solicitud debe realizarse personalmente.
- Los recaudos consignados deben estar sin enmendadura y legibles al momento de presentarlos.
- Para la tramitación de la solicitud deben consignar los recaudos exigidos, de lo contrario no será recibida.

Para mayor Información visita la página [www.ipasme.gob.ve](http://www.ipasme.gob.ve) o comunicarse a los siguientes correos:

- [Registroycontroldeafiliados@gmail.com](mailto:Registroycontroldeafiliados@gmail.com)
- [Coordcontribipasme@gmail.com](mailto:Coordcontribipasme@gmail.com)