

**DATOS A COMPLETAR POR EL AFILIADO A SEMI**

Nombre:	<input type="text"/>	Apellido	<input type="text"/>
C.I.:	<input type="text"/>	Teléfono Móvil:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>	Institución:	<input type="text"/>

**SOLICITUD DE CRISTALES MULTIFOCALES**

Indique con una cruz, según corresponda

Solicito cristales multifocales	<input type="checkbox"/>
Solicito cristales fotocromáticos:	<input type="checkbox"/>
Solicito armazón para lentes multifocales:	<input type="checkbox"/>

**COMPLEMENTACIÓN CON FONDO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS**

Solicito el acceso a mi crédito en el Fondo de Prevención de Riesgos para el complementar hasta 30% del tope SEMI

**DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA OTORGAR EL BENEFICIO**

Este formulario debe acompañarse de:

- La receta original emitida y firmada por el médico oftalmólogo con fecha **no mayor a 60 días de la solicitud**
- Boleta contado o factura de crédito acompañada del recibo de pago (originales), posterior a la fecha de la receta **y no mayor a 60 días de la fecha de la solicitud**
- SEMI no subsidia lentes simples ni lentillas de visión intermedia

**FIRMA DEL BENEFICIARIO**

<input type="text"/>	_____	_____
Firma del beneficiario (NO RÚBRICA):	Aclaración de firma	Fecha

**DATOS A COMPLETAR POR EL OFTALMÓLOGO TRATANTE**

Graduación para lentes de cerca:	<input type="text"/>	OI	<input type="text"/>	OD
Graduación para lentes de lejos:	<input type="text"/>	OI	<input type="text"/>	OD

**FIRMA DEL OFTALMÓLOGO TRATANTE**

<input type="text"/>	_____	_____
Firma del oftalmólogo (NO RÚBRICA)	Aclaración de firma	Fecha

**CONTROLES FORMALES DE DOCUMENTACION - PARA USO EXCLUSIVO DE SEMI**

SI  NO      Solicitud Anterior      Fecha de Solicitud anterior :

Descripción de Solicitud Anterior:

**RESOLUCIÓN CONSEJO DIRECTIVO DE SEMI**

Resolución:	<input type="text"/>	Fecha Recibido:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		Fecha Resolución:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>