



## FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUBSIDIO DE LENTES Y ARMAZONES

### DATOS A COMPLETAR POR EL AFILIADO A SEMI

Nombre:

Apellido:

C.I:

Celular:

Email:

Institución:

### TIPO DE PRESTACIÓN

Indique con una cruz, el tipo de prestación de lentes que solicita

Cristales Multifocales

Lentes Multifocales de Visión Intermedia

Lentes de Contacto Multifocales

Lentes de Alto Índice de Refracción  
(para miopía o hipermetropía mayor de 5 dioptrías)

### SOLICITUD DEL BENEFICIARIO

Indique con una cruz, según corresponda, el detalle de su solicitud

Cristales

Armazón

Lentes de Contacto

Cristales Fotocromáticos

### COMPLEMENTACIÓN CON FONDO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS

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

### FIRMA DEL BENEFICIARIO

Firma del Beneficiario (NO RUBRICA)

\_\_\_\_\_ Aclaración de firma

\_\_\_\_\_ Fecha

### 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, bifocales, ni cualquier otro tipo de lentes cuya cobertura corresponda al BPS

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

Solicitud Anterior

SI

NO

Fecha:

Fecha de Recibido en SEMI:

Descripción de Solicitud Anterior:

Resolución del Consejo Directivo de SEMI

Fecha de Resolución