

**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 LENTES MULTIFOCALES DE VISION INTERMEDIA**

Indique con una cruz, según corresponda

Solicito cristales multifocales de visión intermedia:

Solicito armazón:

**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**

Firma del beneficiario (NO RÚBRICA):

\_\_\_\_\_ Aclaración de firma

\_\_\_\_\_ Fecha

**DATOS A COMPLETAR POR EL OFTALMÓLOGO TRATANTE**

Graduación para lentes de cerca:  OI  OD

Graduación para lentes de visión intermedia:  OI  OD

Graduación para lentes de lejos:  OI  OD

- La diferencia de dioptría para lentes de visión intermedia, no podrá superar el 50 % de los lentes de cerca (se deberán presentar las recetas correspondientes)

**FIRMA DEL OFTALMÓLOGO TRATANTE**

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:

Fecha Recibido:

  

Fecha Resolución: