



## FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUBSIDIO DE LENTES Y ARMAZONES

### 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: