

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL FONDO DE ASISTENCIA MEDICA**DATOS A COMPLETAR POR EL AFILIADO A SEMI**

Nombre:		Apellido:	
Email:		Teléfono Móvil:	
C.I.:		Institución:	

VINCULACION CON EL MEDICO BENEFICIARIO (EN CASO DE SER FAMILIAR)

☐	☐	☐		
Hijo/a	Cónyuge	Otros	Nombre y Apellido:	C.I.:

SOLICITUD DEL BENEFICIARIO DE SEMI**Sr. Presidente del Consejo Directivo de SEMI:****Presente.-**

De mi mayor consideración:

De conformidad con lo establecido en el Reglamento del Fondo de Asistencia Médica de SEMI, solicito cobertura financiera, con cargo a dicho Fondo, de la patología que refiero a continuación:

Marcar con una cruz motivo de la solicitud:

☐

Estudio Diagnóstico

☐

Tratamiento

Patología por la cual solicita la prestación:

Detalle de la prestación solicitada:

Lugar de realización de la prestación:

Nivel técnico y científico del Centro Asistencial:

Profesionales a cargo:

Competencia profesional en la especialidad:

Bibliografía disponible:

Costos presupuestados o facturados:

Fecha coordinada para el procedimiento:

DOCUMENTACION NECESARIA PARA OTORGAR EL BENEFICIO

Este formulario debe acompañarse de:

- Informe del médico tratante (ver anexo).
- Copia de la Historia Clínica relacionada a la patología por la cuál se pide la prestación.
- Fotocopia de la cédula de identidad del médico afiliado a SEMI y del beneficiario final
- Fotocopia de la libreta de matrimonio o Certificado Notarial que acredite la unión concubinaria (para cónyuges o hijos/as de cónyuges)

FIRMA DEL BENEFICIARIO

Firma del Beneficiario (NO RUBRICA)

Aclaración de Firma

Fecha

RESOLUCION CONSEJO DIRECTIVO DE SEMI

Resolución

Fecha Recibido

Fecha de Resolución

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL FONDO DE ASISTENCIA MEDICA

INFORME DEL MEDICO TRATANTE

Informe del médico tratante con expresión de razones y fundamentos por los que solicita la prestación:

EFICACIA RECONOCIDA DE LA PRESTACION DE ACUERDO CON CRITERIOS DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

Firma del Médico Tratante (NO RUBRICA)

Aclaración de Firma

Email de Contacto

Teléfono de Contacto