

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRESTACIONES CON CARGO AL FONDO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS

DATOS A COMPLETAR POR EL AFILIADO A SEMI

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

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 Prevención de Riesgos de SEMI, solicito el acceso a mi crédito en el Fondo de Prevención de Riesgos para el subsidio de la siguiente prestación:

Marcar con una cruz motivo de la solicitud: Consulta Estudio Diagnóstico Tratamiento Medicamento

Patología por la cual solicita la prestación:

Detalle de la prestación solicitada:

Lugar de realización de la prestación (si corresponde):

Costos presupuestados o facturados:

Fecha coordinada para el procedimiento (si corresponde):

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.
- Boleta contado o factura de crédito acompañada del recibo de pago (originales) y no mayor a 60 días de la fecha de la solicitud
- 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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Fecha

RESOLUCION CONSEJO DIRECTIVO DE SEMI

Resolución

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Fecha Recibido

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Fecha de Resolución

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRESTACIONES CON CARGO AL FONDO DE PREVENCION DE RIESGOS

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