

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRESTACIONES CON CARGO AL FONDO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS
DATOS A COMPLETAR POR EL AFILIADO A SEMI

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

DATOS A COMPLETAR EN CASO QUE EL BENEFICIARIO NO SEA EL AFILIADO A SEMI

Vinculación con el médico beneficiario (en caso de ser familiar):
 Hijo/a Cónyuge Otros

Nombre: Apellido:
 C.I.: Fecha de nacimiento:

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 de 15º de junio de 2019, solicito a SEMI el acceso a mi Fondo de Prevención de Riesgos para la cobertura (o reembolso) de la siguiente prestación:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ablación por catéter | <input type="checkbox"/> Audífonos intracanales | <input type="checkbox"/> Electrofisiología |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos | <input type="checkbox"/> Stents periféricos | <input type="checkbox"/> Otras vacunas no incluidas en el Programa de Vacunación del MSP, ni vacunas HPV* |

Patología por la cual solicita la prestación:

Detalle de la prestación solicitada:

Lugar de adquisición (en caso que corresponda):

Costos estimados (en caso de ser conocidos):

* Para la solicitud de vacunas, deberá adjuntarse el carné de vacunación y la factura y recibo de la compra.

Presento adjunto, el informe del médico tratante (VER ANEXO), fotocopia de la/s cédula/s y una copia completa de la historia clínica.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

Firma del Beneficiario (No Rúbrica):

Aclaración de la firma:

RESOLUCIÓN CONSEJO DIRECTIVO DE SEMI

Resolución

Fecha Recibido:

Fecha Resolución:

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

INFORME DEL MÉDICO TRATANTE

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

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

**Firma del médico tratante
(No Rúbrica):**

Aclaración de la firma:

Número de teléfono: