FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUBSIDIO POR TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO
AÑO 2020

Nº: ----------

1 - Datos del Odontólogo Tratante

Nombres y Apellidos del Odontólogo:		Nº CJPPU:	
Domicilio del Consultorio:		Nº Celular:	

2 - Tratamiento

Fechas de Comienzo del Tratamiento:				**NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES POR TRATAMIENTOS QUE TENGAN MÁS DE 60 DÍAS DE REALIZADOS**
Fechas de Finalización del Tratamiento:				

3 - Costo de los Honorarios del Tratamiento Odontológico

ARANCEL DE HONORARIOS ODONTOLÓGICO DE SEMI				Monto de Arancel de SEMI	Honorario Facturado
Nº Código	Nº Pieza Dental	Maxilar	Descripción del Tratamiento	Importe en $ (sin IVA)	Importe en $ (sin IVA)
Total de Honorarios Odontológico (sin IVA)				0	0

3.1 - Costo de Laboratorio del Tratamiento Odontológico

Nº Código	Descripción del Tratamiento	Importe en $ (sin IVA)	Importe en $ (sin IVA)
Total de Costos de Laboratorio (sin IVA)		0	0

3.2 - Costo Total de Tratamiento Odontológico	0	0

Firma del Odontólogo Tratante:
(No Rúbrica)

Fecha:

4 - Solicitud del Beneficiario

(Marcar con X la opción)

	SI	NO
Solicito el acceso a mi crédito en el Fondo de Prevención de Riesgo para el pago del porcentaje complementario de la asistencia odontológica **(Articulo 5º del Reglamento de SEMI)**.		
Solicito que el reembolso se opere parcialmente en dos partidas por insumir el tratamiento más de noventa días **(Articulo 9º del Reglamento de SEMI)**.		

El Tope establecido por el Consejo Directivo de SEMI para el Fondo de Cobertura de Asistencia Odontológica por bienio asciende a $ 47.711.-

5 - Declaración

Declaro conocer el Reglamento de Prestaciones Odontológica y aceptar sus disposiciones. Me obligo a someterme a los controles y certificaciones que disponga SEMI de conformidad con lo establecido en el articulo 12º del mismo.

6 - Datos del Beneficiario que solicita por este formulario el subsidio conforme al Reglamento de Prestaciones Odontológicas

Nombres y Apellidos del Beneficiario:		Institución:	
Correo Electrónico Particular:		Nº Celular:	
Firma del Beneficiario: **(No Rúbrica)**		C.I.:	
		Fecha:	

7 - Controles Formales de Documentación - USO EXCLUSIVO DE SEMI

Resolución del Consejo Directivo de SEMI:		**Fecha de Recibido en SEMI:**
Fecha de Resolución:		