



FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUBSIDIO POR IMPLANTES ODONTOLÓGICOS
AÑO 2020

Nº: _____

1 - Datos del Odontólogo Tratante

Nombres y Apellidos del Odontólogo:

Nº CIPPU:

Domicilio del Consultorio:

Nº Celular:

2 - Tratamiento

Fechas de Comienzo del Tratamiento:

Fechas de Finalización del Tratamiento:

NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES POR TRATAMIENTOS QUE TENGAN MÁS DE 60 DÍAS DE REALIZADOS

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

Firma del Odontólogo Tratante:
(No Rúbrica)

Fecha:

4 - Solicitud del Beneficiario

Solicito el acceso a mi crédito en el Fondo de Prevención de Riesgo para el pago de implantes, injertos óseos, aumento de seno maxilar o reparación de implantes, hasta el importe establecido en el arancel de SEMI (Artículo 1º del Reglamento de Prestaciones Odontológicas de SEMI) según descripción del odontólogo tratante.

Solicito que el reembolso se opere parcialmente en dos partidas por insumir el tratamiento más de noventa días (Artículo 9º del Reglamento de Prestaciones Odontológicas de SEMI).

(Marcar con X la opción)

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 - Declaración

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

6 - Datos del Beneficiario

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: