

FORMULARIO DE SOLICITUD POR TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

DATOS DEL ODONTÓLOGO U ORTODONCISTA TRATANTE

Nombre:	<input type="text"/>	Apellido:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>	Nº Celular:	<input type="text"/>
Nº CJPPU:	<input type="text"/>	Domicilio:	<input type="text"/>

FECHAS Y COSTOS DEL TRATAMIENTO

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

Fecha de Comienzo del Tratamiento

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

Fecha de Finalización del Tratamiento

NO SE APROBARÁN SOLICITUDES PRESENTADAS FUERA DEL PLAZO REGLAMENTARIO (30 DÍAS PREVIOS AL INICIO DEL TRATAMIENTO Y HASTA 30 DÍAS LUEGO DE COMENZADO).

DETALLE	COSTO TOTAL FACTURADO
RX	
ORTOPANTOMOGRAFÍA	
COSTOS LABORATORIO Y MATERIALES	
HONORARIOS	
OTROS	
TOTAL	

DOCUMENTACION NECESARIA PARA OTORGAR EL BENEFICIO

Este formulario debe acompañarse de:

- Informe del odontólogo u ortodoncista tratante firmado, justificando la realización del tratamiento (ver Anexo)
- Descripción del tratamiento por parte del odontólogo u ortodoncista tratante, discriminando costos y detallando el plan de pagos (ver Anexo)
- Estudios paraclínicos (Carpeta). Pueden ser enviados de forma digital a la casilla de correo electrónico semi@semi.com.uy.
- El formulario y el informe deben ser remitidos a la dirección Dr. Mario Cassinoni 1696, oficina 1102, Montevideo.

SOLICITUD DEL BENEFICIARIO Y 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 8º del mismo.

Solicito el acceso a mi crédito en el Fondo de Prevención de Riesgo para el pago del subsidio para el tratamiento de ortodoncia hasta el importe establecido en el Arancel Odontológico de SEMI (Artículo 2º del Reglamento de Prestaciones Odontológicas de SEMI)

DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	<input type="text"/>	Apellido:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>	Nº Celular:	<input type="text"/>
C.I.:	<input type="text"/>	Institución:	<input type="text"/>

<input type="text"/>

Firma del Beneficiario (NO RUBRICA)

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

Fecha

RESOLUCION CONSEJO DIRECTIVO DE SEMI

<input type="text"/>

Resolución

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

Fecha Recibido

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

Fecha Resolución

FORMULARIO DE SOLICITUD POR TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

INFORME DEL ODONTÓLOGO U ORTODONCISTA TRATANTE

Informe del odontólogo tratante con expresión de razones y fundamentos por los que solicita el tratamiento

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

Descripción de las distintas etapas del tratamiento, incluyendo discriminación de costos y plan de pagos

FIRMA Y DECLARACIÓN DEL ODONTÓLOGO U ORTODONCISTA TRATANTE

Declaro que el tratamiento de ortodoncia no persigue fines estéticos en forma exclusiva.

Firma del Médico Tratante (NO RUBRICA)

Aclaración de Firma

Email de Contacto

Nº de Celular de Contacto