

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUBSIDIO PARA AUDIFONOS

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 DE AUDIFONOS

Indique con una cruz, según corresponda:

<input type="checkbox"/>	Primera Solicitud	<input type="checkbox"/>	Renovación
<input type="checkbox"/>	Derecho	<input type="checkbox"/>	Izquierdo

Oído:

Tipo de audífono solicitado:

<input type="checkbox"/>	Audífono Intra canal	<input type="checkbox"/>	Audífono Retroauricular	<input type="checkbox"/>	Otro: _____
--------------------------	----------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	-------------

Patología por la cual solicita la prestación:

Detalle de la prestación solicitada:

Costos presupuestados o facturados*:

*El tope establecido por el Consejo Directivo de SEMI para esta prestación surge de la diferencia entre 35 UR y el monto fijo para audífonos por parte del BPS. El período de renovación es cada 4 años.

COMPLEMENTACION CON FONDO DE PREVENCION DE RIESGOS

Solicito el acceso a mi crédito en el Fondo de Prevención de Riesgos para el complementar hasta 30% del tope SEMI

DOCUMENTACION NECESARIA PARA OTORGAR EL BENEFICIO

Este formulario debe acompañarse de:

- Informe del médico tratante (ver anexo)
- Audiograma original emitido por el otorrinolaringólogo tratante, no mayor a 60 días de realizado.
- Logaudiometría original emitida por el otorrinolaringólogo tratante, no mayor a 60 días de realizada.
- 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 concubinaría (para cónyuges o hijos/as de cónyuges)

FIRMA DEL BENEFICIARIO

De acuerdo con lo establecido en el reglamento del Fondo de Asistencia Médica de SEMI, solicito el subsidio de audífonos y declaro bajo juramento que no utilizaré cobertura por parte de otros organismos, exceptuando al BPS, a efectos de disponer de los audífonos requeridos por la presente.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del Beneficiario (NO RUBRICA)	Aclaración de Firma

RESOLUCION CONSEJO DIRECTIVO DE SEMI

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Resolución	Fecha Recibido	Fecha de Resolución	

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUBSIDIO PARA AUDIFONOS

INFORME DEL OTORRINOLARINGÓLOGO TRATANTE

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

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

Firma del Médico Tratante (NO RUBRICA)

Aclaración de Firma

Email de Contacto

Teléfono de Contacto