

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL FONDO DE ASISTENCIA MEDICA

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 DEL BENEFICIARIO DE SEMI

Sr. Presidente del Consejo Directivo de SEMI:

Presente.-

De mi mayor consideración:

De conformidad con lo establecido en el Reglamento del Fondo de Asistencia Médica de SEMI, solicito cobertura financiera, con cargo a dicho Fondo, de la patología que refiero a continuación:

Marcar con una cruz motivo de la solicitud:

 Estudio Diagnóstico

 Tratamiento

Patología por la cual solicita la prestación:

Detalle de la prestación solicitada:

Lugar de realización de la prestación:

Nivel técnico y científico del Centro Asistencial:

Profesionales a cargo:

Competencia profesional en la especialidad:

Bibliografía disponible:

Costos presupuestados o facturados:

DOCUMENTACION NECESARIA PARA OTORGAR EL BENEFICIO

Este formulario debe acompañarse de:

- Informe del médico tratante (ver anexo).
- Copia de la Historia Clínica relacionada a la patología por la cuál se pide la prestación.
- 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 concubinaria (para cónyuges o hijos/as de cónyuges)

FIRMA DEL BENEFICIARIO

Firma del Beneficiario (NO RUBRICA)

Aclaración de Firma

RESOLUCION CONSEJO DIRECTIVO DE SEMI

Resolución

Fecha Recibido

Fecha de Resolución

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL FONDO DE ASISTENCIA MEDICA**INFORME DEL MEDICO TRATANTE****Informe del médico tratante con expresión de razones y fundamentos por los que solicita la prestación:****EFICACIA RECONOCIDA DE LA PRESTACION DE ACUERDO CON CRITERIOS DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA****FIRMA DEL MEDICO TRATANTE****Firma del Médico Tratante (NO RUBRICA)****Aclaración de Firma****Email de Contacto****Teléfono de Contacto**