

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRESTACIONES CON CARGO AL FONDO DE PREVENCION DE RIESGOS**
**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 Prevención de Riesgos de SEMI, solicito el acceso a mi crédito en el Fondo de Prevención de Riesgos para el subsidio de la siguiente prestación:

**Marcar con una cruz motivo de la solicitud:**
 Consulta
                 
  Estudio Diagnóstico
                 
  Tratamiento
                 
  Medicamento

**Patología por la cual solicita la prestación:**

**Detalle de la prestación solicitada:**

**Lugar de realización de la prestación (si corresponde):**

**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.
- 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 concubinaria (para cónyuges o hijos/as de cónyuges)

**FIRMA DEL BENEFICIARIO**

<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 PRESTACIONES CON CARGO AL FONDO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS**

**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**