FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUBSIDIO POR TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Nº: ----------

1 - Datos del Odontólogo Tratante

Nombres y Apellidos:		**Nº CJPPU:**	
Domicilio Consultorio:		**Nº Celular:**	

2 - Tratamiento

Fecha de Comienzo del Tratamiento:			
Fecha de Finalización del Tratamiento:			
Fecha de Facturación			

No se aceptarán solicitudes por tratamientos que tengan más de 60 días de realizados, ni 120 días de iniciados. Tampoco se aceptarán comprobantes de pago que tengan más de 60 días de emitidos.

3 - Detalle de los honorarios odontológicos del Tratamiento Odontológico **Nº Factura:**

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)					

3.1 - Detalle de los costos de Laboratorio del Tratamiento Odontológico

Nº Código	Descripción del Tratamiento	Importe en $ (sin IVA)	Importe en $ (sin IVA)
Total de Costos de Laboratorio (sin IVA)			

3.2 - Costo Total de Tratamiento Odontológico

4 - Solicitud del Beneficiario

Solicito el acceso a mi crédito en el Fondo de Prevención de Riesgo para el pago del porcentaje complementario de la asistencia odontológica **(Articulo 12º del Reglamento de Prestaciones Odontológicas de SEMI)**.

(Marcar con X la opción)

SI	NO

El Tope establecido por el Consejo Directivo de SEMI para el Fondo de Cobertura de Asistencia Odontológica por bienio asciende a $ 67.757-

5 - Declaración

Declaro conocer el Reglamento de Prestaciones Odontológica y aceptar sus disposiciones. Me obligo a someterme a los controles y certificaciones que disponga SEMI de conformidad con lo establecido en el articulo 8º del mismo.

6 - Datos del Beneficiario que solicita por este formulario el subsidio conforme al Reglamento de Prestaciones Odontológicas

Nombres y Apellidos:		**Institución:**	
Correo Electrónico:		**Nº Celular:**	
Firma del médico beneficiario (No Rúbrica)		**C.I.:**	
		Fecha:	

7 - Controles Formales de Documentación - USO EXCLUSIVO DE SEMI **Fecha de Recibido en SEMI:**

Resolución del Consejo Directivo de SEMI:	
Fecha de Resolución:	