semi
SEGURO DE ENFERMEDAD DE LOS MÉDICOS DEL INTERIOR

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SUBSIDIO POR IMPLANTES ODONTOLÓGICOS

(IMPLANTES ODONTOLÓGICOS, INJERTOS ÓSEOS, AUMENTOS DEL SENO MAXILAR, REPARACIÓN DE IMPLANTES ODONTOLÓGICOS)

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 finalizados. Tampoco se aceptarán comprobantes de pago que tengan más de 60 días de emitidos.

3 - Detalle de los Honorarios 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)				0	0

Se adjuntan con este formulario: (indique cantidades)	_____ Fotos clínicas intraorales	_____ Radiografías

4 - Solicitud del Beneficiario

Solicito el acceso a mi crédito en el Fondo de Prevención de Riesgo para el pago de implantes, injertos óseos, aumento de seno maxilar o reparación de implantes, hasta el importe establecido en el arancel de SEMI (de acuerdo al Artículo 14º del Reglamento de Prestaciones Odontológicas de SEMI).

5 - Declaración

Declaro conocer el Reglamento de Prestaciones Odontológicas y el Reglamento del Fondo de Prevención de Riesgos 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

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: _____