



FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRESTACIONES CON CARGO AL FONDO DE PRESTACION DE RIESGOS

DATOS A COMPLETAR POR EL AFILIADO A SEMI

Nombre:

Apellido:

Email:

Teléfono Móvil:

C.I.:

Institución:

Vinculación con el médico beneficiario (en caso de ser familiar):

Hijo/a Cónyuge Otros

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 de 1º de junio de 2019, solicito a SEMI el acceso a mi Fondo de Prevención de Riesgos para la cobertura (o reembolso) de la siguiente prestación:

Ablación por catéter

Audífonos intracanales

Electrofisiología

Medicamentos

Stents periféricos

Vacuna Meningocócica *

Licencia por enfermedad dentro del período de Licencia por Maternidad

Patología por la cual solicita la prestación:

Detalle de la prestación solicitada:

Lugar de adquisición (en caso que corresponda):

Costos estimados:

* Para la solicitud de la vacuna meningocócica, deberá adjuntarse el carné de vacunación y la factura y recibo de la compra.

Presento adjunto, el informe del médico tratante (VER ANEXO), fotocopia de la/s cédula/s y una copia completa de la historia clínica.

FIRMA DEL BENEFICIARIO

Firma del Beneficiario (No Rúbrica):

Aclaración de la firma:

RESOLUCIÓN CONSEJO DIRECTIVO DE SEMI

Resolución

Fecha Recibido:

Fecha Resolución:

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRESTACIONES CON CARGO AL FONDO DE PRESTACION DE RIESGOS

INFORME DEL MÉDICO 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 MÉDICO TRATANTE

**Firma del médico tratante
(No Rúbrica):**

Aclaración de la firma:

Número de teléfono: