

Nº: _____

1 - Datos del Odontólogo Tratante

Nombres y Apellidos del Odontólogo:

Nº CJPPU:

Domicilio del Consultorio:

Nº Celular:

2 - Tratamiento

Fechas de Comienzo del Tratamiento:

Fechas de Finalización del Tratamiento:

NO SE APROBARÁN SOLICITUDES PRESENTADAS FUERA DEL PLAZO
REGLEMENTARIO (TREINTA DÍAS PREVIOS AL INICIO DEL TRATAMIENTO Y
HASTA TREINTA DÍAS LUEGO DE COMENZADO).

3 - Costo del tratamiento

DETALLE	Costo total facturado
RX	
ORTOPANTOMOGRAFIA	
COSTOS LABORATORIO Y MATERIALES	
HONORARIOS	
OTROS	
Total	0

Firma del Odontólogo Tratante:

(No Rúbrica)

Fecha:

4 - Declaración

Declaro conocer el Reglamento de Prestación de Ortodoncia y aceptar sus disposiciones. Me obligo a someterme a los controles y certificaciones que disponga SEMI de conformidad con lo establecido en el artículo 12º del mismo.

A partir del 15 de junio de 2019 esta prestación se financiará con el crédito que el afiliado tenga disponible en el Fondo de Prevención de Riesgos.

5 - Datos del Beneficiario

Nombres y Apellidos del Beneficiario:

Institución:

Correo Electrónico Particular:

Nº Celular:

Firma del Beneficiario:

(No Rúbrica)

C.I.:

Fecha:

6 - Controles Formales de Documentación - USO EXCLUSIVO DE SEMI

Resolución del Consejo Directivo de SEMI:

Fecha de Recibido en SEMI:

Fecha de Resolución:

ANEXO

Informe del odontólogo tratante con expresión de razones y fundamentos por los que solicita el tratamiento (se agradece completar el informe en letra de imprenta)

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

NOMBRE:	C.I.	INSTITUCION:
----------------	-------------	---------------------

Declaración del odontólogo tratante

Declaro que el tratamiento de ortodoncia no persigue fines estéticos en forma exclusiva.

Nombre del odontólogo tratante (imprenta): _____

Firma: _____

Fecha: _____

Institución: _____

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

Informe del odontólogo tratante con expresión de las distintas etapas del tratamiento
(Incluir discriminación de costos y detallar el plan de pagos)

DATOS PERSONALES DEL BENEFICIARIO

NOMBRE:	C.I.	INSTITUCION:
----------------	-------------	---------------------

Nombre del odontólogo tratante (impresión): _____

Firma: _____

Fecha del Informe: _____

Institución: _____

Agradeciendo vuestra deferencia, lo saluda muy atentamente,

Consejo Directivo de SEMI