



# SOLICITUD DE SERVICIOS



Fecha Solicitud:	
Fecha del Siniestro:	

EMPLEADO    OBRERO    CONTRATADO    JUBILADO    PENSIONADO

TIPO DE SOLICITUD				
ENTE DE ADSCRIPCIÓN:		<input type="checkbox"/> CARTA AVAL <input type="checkbox"/> SERVICIO ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> A.P.S. <input type="checkbox"/> ACC. PERS. <input type="checkbox"/> REEMBOLSO <input type="checkbox"/> SRVICIO OFTALMOLÓGICO <input type="checkbox"/> MEDICINAS <input type="checkbox"/> VIDA		
DATOS DEL TRABAJADOR AFILIADO				
NOMBRE (S) Y APELLIDO (S):			Nº CÉDULA IDENTIDAD:	
FECHA DE NACIMIENTO:			EDAD:	SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
UBICACIÓN FÍSICA/OFICINA-GERENCIA:		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:		
DATOS DEL BENEFICIARIO				
NOMBRE (S) Y APELLIDO (S):			Nº CÉDULA IDENTIDAD:	
FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:	SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	PARENTESCO:
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:		ZONA POSTAL:	ESTADO:	CIUDAD:
Nº TELÉFONO CELULAR:	Nº TELÉFONO HABITACIÓN:		DIRECCION CORREO ELECTRÓNICO:	
MOTIVO DE LA SOLICITUD				
DIAGNÓSTICO (DX):				
TRATAMIENTO PROPUESTO(QX):			MONTO Bs.	
NOMBRE DE LA CLÍNICA O INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:				AFILIADA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
RECAUDOS A CONSIGNAR SEGÚN LA SOLICITUD				
DOCUMENTOS BÁSICOS COMUNES		REEMBOLSOS		Indicaciones sobre toma de medicamentos
Fotocopia de Cédula de Identidad del Titular		Informe Médico amplio y detallado		Órdenes para Laboratorio
Fotocopia de Credencial del Titular		Tomografía, Ecosonograma, Resonancia Magnética, Biopsia, Exámenes y Estudios con sus resultados e Informes.		VIDA
Fotocopia Cédula de Identidad del Beneficiario			Planilla de Inscripción FASMIJ	
Acta Matrimonio/Unión Estable de Hecho		Facturas de gastos de Hospitalización		Declaración de Únicos y Universales Herederos (Original o Copia Certificada)
Partida Nacimiento de Hijos		Facturas de gastos de Emergencias		Acta de Defunción
Partida de Nacimiento del Titular		Facturas de gastos de Farmacias		Orden de Tribunal por Menores Beneficiarios
CARTA AVAL		Facturas de Consultas		Documento expedido por Autoridades
Presupuesto vigente de clínica afiliada		Récipes Médicos		Carta de Autorización
Informe Médico amplio y detallado		Indicaciones para toma de medicamentos		Fotocopia de Cédula del Autorizado
Tomografía, Ecosonograma, Resonancia Magnética, Biopsia, Exámenes y Estudios con sus resultados e Informes.		A.P.S. / SOLICITUD DE MEDICINAS		Otros:
		Informe Médico amplio y detallado		
		Récipes Médicos		PLACAS SI _____ NO _____
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DE LOS FUNCIONARIOS			SÓLO PARA USO EXCLUSIVO DEL FASMIJ	
SOLICITADO POR:		TRAMITADO POR:		