



**PLANILLA DE SOLICITUD DE SERVICIOS**

**3. Funcionario:**

EMPLEADO  OBRERO  CONTRATADO  JUBILADO  PENSIONADO

1-Fecha de Solicitud

2-Fecha del Siniestro:

**4- TIPO DE SOLICITUD**

4.1-ENTE DE ADSCRIPCIÓN:

4.2-  CARTA AVAL  SERVICIO ODONTOLÓGICO  A.P.S.  ACC. PERS.  
 REEMBOLSO  SERVICIO OFTALMOLÓGICO  MEDICINAS  VIDA

**5-DATOS DEL TRABAJADOR AFILIADO**

5.1-NOMBRE (S) Y APELLIDO (S):

5.2-Nº CÉDULA IDENTIDAD:

5.3-FECHA DE NACIMIENTO:

5.4-EDAD:

5.5-SEXO:

5.6-Nº TELÉFONO CELULAR:

5.7-Nº TELÉFONO HABITACIÓN:

M  F

5.8-DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:

5.9-ZONA POSTAL

5.10- ESTADO:

5.11-CIUDAD:

5.12-UBICACIÓN FÍSICA/OFICINA/GERENCIA:

5.13-DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

**6-DATOS DEL BENEFICIARIO**

6.1-NOMBRE(S) Y APELLIDO(S):

6.2-Nº CÉDULA IDENTIDAD:

6.3-FECHA DE NACIMIENTO:

6.4-EDAD:

6.5-SEXO:

6.6-PARENTESCO:

F  M

6.7-DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:

6.8-ZONA POSTAL

6.9- ESTADO:

6.10-CIUDAD:

6.11-Nº CELULAR:

6.12-Nº TELÉFONO HABITACIÓN:

6.13-DIRECCION DE CORREO ELECTRÓNICO:

**7-MOTIVO DE LA SOLICITUD**

7.1-DIAGNÓSTICO (DX):

7.2- TRATAMIENTO PROPUESTO(QX):

7.3-MONTO Bs.

7.4- NOMBRE DE LA CLÍNICA O ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

7.5-AFIADA:

SI  NO

**8-RECAUDOS A CONSIGNAR SEGÚN LA SOLICITUD**

DOCUMENTOS BÁSICOS COMUNES	REEMBOLSOS	APS/Orden de Atención Médica Primaria
Fotocopia de Cédula de Identidad del Titular	Informe Médico amplio y detallado	Informe Médico amplio y detallado
Fotocopia de Credencial del Titular	Tomografía, Ecozonograma, Resonancia Magnética, Biopsia, Exámenes y Estudios con sus resultados e Informes.	Récipes Médicos
Fotocopia Cédula de Identidad del Beneficiario	Facturas de gastos de Hospitalización	Indicaciones sobre toma de medicamentos
Acta Matrimonio/Unión Estable de Hecho	Facturas de gastos de Emergencias	Órdenes para estudios médicos.
Partida Nacimiento de Hijos	Facturas de gastos de Farmacias	<b>VIDA</b>
Partida de Nacimiento del Titular	Facturas de Consultas	Planilla de Inscripción FASMIJ
<b>CARTA AVAL</b>	Récipes Médicos	Acta de Defunción
Presupuesto vigente de clínica afiliada	Indicaciones para toma de medicamentos	Orden de Tribunal por Menores Beneficiarios
Informe Médico amplio y detallado		Documento expedido por Autoridades
Tomografía, Ecozonograma, Resonancia Magnética, Biopsia, Exámenes y Estudios con sus resultados e Informes.		Declaración de Únicos y Universales Herederos (Original o Copia Certificada)

**9-NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DE LOS FUNCIONARIOS**

9.1-SOLICITADO POR:

9.2-TRAMITADO POR:

9.3-AUTORIZADO POR:

**SOLO PARA USO DEL FASMIJ**

10- OBSERVACIONES:

### INSTRUCTIVO FORMA OPPO/DCA-0031/2023

- 1- Coloque día, mes y año en que elabora la solicitud, en formato dd/mm/aaaa.
- 2- Indique la fecha en que ocurrió el siniestro, en formato dd/mm/aaaa.
- 3- Seleccione con equis (x) la categoría del funcionario del Ente.
- 4- Indique los datos referentes al tipo de solicitud, según corresponda:
  - 4.1- Mencione el Ente donde esta adscrito el trabajador.
  - 4.2- Marque el requerimiento que desea gestionar.
- 5- Informe los datos del trabajador afiliado, solicitados a continuación:
  - 5.1- Coloque el nombre y apellido del trabajador.
  - 5.2- Indique el número de cédula de identidad del trabajador.
  - 5.3- Informe la fecha de nacimiento del trabajador, en formato dd/mm/aaaa.
  - 5.4- Coloque la edad del trabajador.
  - 5.5- Seleccione el sexo del trabajador.
  - 5.6- Notifique el número telefónico celular de contacto directo con el trabajador.
  - 5.7- Indique el número telefónico de habitación del trabajador.
  - 5.8- Coloque la dirección de habitación del trabajador.
  - 5.9- Mencione la zona postal correspondiente a la dirección del trabajador.
  - 5.10- Informe el estado al que corresponde la dirección de habitación del trabajador.
  - 5.11- Notifique la ciudad correspondiente al estado donde habita el trabajador.
  - 5.12- Coloque la ubicación física, Oficina o Gerencia donde se encuentra el trabajador.
  - 5.13- Mencione el correo electrónico personal del trabajador.
- 6- Informe los datos del beneficiario, solicitados a continuación:
  - 6.1- Coloque el nombre y apellido del beneficiario.
  - 6.2- Indique el número de cédula de identidad del trabajador.
  - 6.3- Informe la fecha de nacimiento del beneficiario, en formato dd/mm/aaaa.
  - 6.4- Coloque la edad del beneficiario.
  - 6.5- Seleccione el sexo del beneficiario.
  - 6.6- Informe el parentesco que tiene el beneficiario con el trabajador afiliado.
  - 6.7- Coloque la dirección de habitación del beneficiario.
  - 6.8- Mencione la zona postal correspondiente a la dirección del beneficiario.
  - 6.9- Indique el estado correspondiente a la dirección del beneficiario.
  - 6.10- Notifique la ciudad correspondiente al estado donde habita el beneficiario.
  - 6.11- Mencione el número de teléfono celular del beneficiario.
  - 6.12- Indique el número de teléfono de habitación del beneficiario.
  - 6.13- Coloque la dirección de correo electrónico del beneficiario.
- 7- Mencione los motivos de la solicitud que se solicita a continuación:
  - 7.1- Indique el diagnóstico presentado.
  - 7.2- Coloque el tratamiento propuesto al diagnóstico presentado.
  - 7.3- Informe el monto en bolívares correspondiente al tratamiento propuesto.
  - 7.4- Coloque el nombre de la clínica que asistirá la solicitud.
  - 7.5- Indique con equis (x) si la clínica se encuentra o no afiliada al FASMIJ .
- 8- Marque los recaudos consignados por el trabajador o beneficiario, según la solicitud.
- 9- Plasme la firma y el sello de los funcionarios que se solicitan a continuación:
  - 9.1- Funcionario que realiza la solicitud.
  - 9.2- Funcionario que tramita la solicitud.
  - 9.3- Funcionario que autoriza la solicitud.
- 10- Coloque las observaciones relevantes correspondiente a la solicitud realizada.