



MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LAS RELACIONES INTERIORES, JUSTICIA Y PAZ  
FONDO ADMINISTRATIVO DE SALUD PARA EL MPPRIJ DE SUS ÓRGANOS Y ENTES  
ADSCRITOS.



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 ADSCRIPCION:

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

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:

☐ M ☐ F

5.6-Nº TELÉFONO CELULAR:

5.7-Nº TELÉFONO HABITACIÓN:

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:

☐ F ☐ M

6.6-PARENTESCO:

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-AFILIADA:

☐ SI ☐ NO

8-RECAUDOS A CONSIGNAR SEGÚN LA SOLICITUD

DOCUMENTOS BÁSICOS COMUNES	REEMBOLSOS	SERVICIO FUNERARIO
Fotocopia de Cédula de Identidad del Titular	Informe Médico amplio y detallado	Factura del servicio funerario
Fotocopia de Credencial del Titular	Tomografía, Ecosonograma, Resonancia Magnética, Biopsia, Exámenes y Estudios con sus resultados e Informes.	Autorización del Ente u Organo
Fotocopia Cédula de Identidad del Beneficiario	Facturas de gastos de Hospitalización	Acta de defunción
Acta Matrimonio/Unión Estable de Hecho	Facturas de gastos de Emergencias	Fotocopia de la Cédula de identidad del asegurado
Partida Nacimiento de Hijos	Facturas de gastos de Farmacias	Credenciales del afiliado
Partida de Nacimiento del Titular	Facturas de Consultas	
	Récpes Médicos	VIDA
	Indicaciones para toma de medicamentos	Planilla de Inscripción FASMIJ
		Acta de Defunción
	APS/Orden de Atención Médica Primaria	Orden de Tribunal por Menores Beneficiarios
	Informe Médico amplio y detallado	Documento expedido por Autoridades
	Récpes Médicos	Declaración de Únicos y Universales Herederos (Original o Copia Certificada)
	Indicaciones sobre toma de medicamento	
	Órdenes para estudios médicos.	

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 beneficiario.
  - 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 bolívars 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.