



MUTUALIDAD CFIA  
TRANSFORMAMOS VIDAS

# DECLARACIÓN JURADA DEL SUBSIDIO COMPRA DE ANTEOJOS Y/O LENTES DE CONTACTO MEDICADOS SUBSIDIO PLAN SALUD



## ♥ INFORMACIÓN PARA LLENAR POR EL COLEGIADO (A)

DD | MM | AAAA

Nombre del colegiado(a)

N° de identificación

Edad

## ♥ INFORMACIÓN PARA LLENAR POR EL PROFESIONAL EN SALUD

Diagnóstico y motivo de la atención

Resultados del examen de la vista OD-OI

Tratamiento: (indique fuerza, dosis, duración)

Indique el procedimiento, cirugía o tratamiento aplicado al colegiado(a)

## ♥ ¿POSEE ALGÚN GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD CON EL COLEGIADO?

Sí

No

Indique

Fecha de atención

DD | MM | AAAA

Código médico

Nombre del médico (general/especialista)

Firma y sello

**Nota:** Este formulario es de uso exclusivo de Mutuality CFIA y para el colegiado activo del CFIA beneficiario del Subsidio Plan Salud, NO TIENE relación con ninguna póliza o seguros de gastos médicos por tanto no es excluyente su aplicación y llenado. Aplican Términos y Condiciones Vigente\*

