



SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INTERVENCIÓN MÉDICO QUIRÚRGICAS

Afiliado N°

E-Mail:

Apellidos y nombres del solicitante:

Domicilio: Localidad

Teléfono:

INDICAR SI ES:

* PARA SI

* POR FAMILIAR A CARGO

Vínculo:

Fecha de comienzo y término de la internación:

Fecha de la intervención:

Sanatorio o Clínica donde se internó:

Declaro contar con Obra Médico Asistencial: SI / NO

Caso afirmativo indicar:

Denominación de la misma:

Su cobertura incluye grupo familiar?

.....
Lugar y fecha

.....
Firma del solicitante

DNI N°



SUBSIDIO POR INTERVENCIÓN MÉDICO- QUIRÚRGICAS

REQUISITOS

Debe **estar al día con la Cuenta de aportes previsionales**, al momento de producido el hecho generador del derecho.

Cumplido ello deberá agregarse la siguiente documentación:

- 1°) Cumplimentar el formulario de solicitud, con indicación expresa si posee o no mutual, caso afirmativo indicar mutual/es a las que se encuentra adherido.
- 2°) Haber dado cumplimiento a lo establecido por las Leyes 7.014 y 10.973 y encontrarse al día en el pago de sus aportes previsionales.(*)
- 3°) Adjuntar a la solicitud:
 - a) Certificado médico con la amplitud informativa necesaria relacionada con la práctica que se le realizara, con indicación del Código correspondiente a la intervención, de acuerdo al Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales, para permitir a nuestro Asesor Médico emitir su informe.
 - b) Constancias del establecimiento donde se hubiera practicado la intervención quirúrgica.
 - c) Para el supuesto que el Subsidio se solicitara por intervención de:
 - * Esposa: Acreditar el vínculo mediante presentación de fotocopia autenticada del certificado de matrimonio. Para el caso de Conviviente, deberá presentar Declaración Jurada realizada por ante Juzgado competente a su domicilio, que conste período de convivencia y existencia o no de hijos.
 - * Hijos menores de 18 años: Deberá acompañar fotocopia autenticada del certificado de nacimiento.
 - * Hijos mayores incapacitados: Además del punto anterior, el certificado médico donde conste la incapacidad.

(*) **APORTES**: Este beneficio se otorgará a aquellos afiliados que no registraren deuda por aportes previsionales mayor a 180 días.

PLAZO DE SOLICITUD: Cirugía Media: Dentro de los ciento veinte (120) días de ocurrido el hecho generador del derecho. Cirugía Mayor: Dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el hecho generador del derecho.

La Caja tiene el derecho de verificar y controlar las causas determinantes del Subsidio que se solicita, disponiendo que se cumplan todos los requisitos reglamentarios para el resguardo de los intereses de la misma. Cualquier impedimento al ejercicio de este derecho o la falta de aportes informativos que se soliciten, o la constatación de cualquier clase de abuso, será causa suficiente para no reconocer el beneficio.

MONTO:

- ◇ **Cirugía mayor** \$.....
- ◇ **Cirugía media** \$.....

(Para los casos de Familiares a cargo se abonará un importe máximo equivalente al 50% del fijado para los afiliados, en su categoría).