



## RENOVACIÓN DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORARIA (Trámite Digital)

**IMPORTANTE:** La página titulada “Historia Clínica (para Prestaciones)” deberá completarse y firmarse por su médico tratante. Es necesario que el afiliado acompañe documentación o estudios médicos respaldatorios.

Lugar y fecha: ..... de ..... de 20.....

**Sr./a Presidente de la Caja de  
Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires**

**S / D:**

De mi consideración:

El/La que suscribe....., afiliado/a N°....., con domicilio real en la calle..... N°..... de la localidad de ....., teléfono fijo....., teléfono celular....., domicilio profesional en calle..... N°..... de la localidad de ....., y domicilio temporario por razones de la incapacidad en la calle ..... N° ..... de la localidad de ....., de acuerdo con el reglamento del Subsidio por Incapacidad Temporaria, el que declaro conocer y consentir en todos sus términos, cumpto en presentarme ante Ud. a solicitar **se renueve el Subsidio por Incapacidad Temporaria oportunamente otorgado.**

**Fecha de inicio de la incapacidad:** ...../...../..... **Fecha probable de alta:** ...../...../.....

*Art. 9° Reglamento: En el supuesto de constatarse por los medios de verificación con que cuenta la Caja y/o a través de las probanzas que la misma entienda pertinente a sus fines, que el afiliado en el goce de esta prestación, se encuentra ejerciendo la profesión odontológica en cualquiera de sus modalidades o la ha ejercido en algún periodo de su incapacidad subsidiado, se le aplicará una sanción consistente en la devolución de un monto igual al crédito generado en su favor por este subsidio durante el lapso de inactividad. A tales efectos y previo a adoptarse la resolución sancionatoria se dará traslado al afiliado por el plazo de 10 días hábiles para que formule su descargo, si lo considera pertinente. Efectuado tal descargo o vencido el plazo acordado, el Directorio procederá a considerar la situación del afiliado y de estimarlo procedente aplicará la referida sanción, que deberá ser cumplimentada por el afiliado en un plazo de 30 días hábiles de ser notificado de la misma. De no efectivizarse el pago mencionado, se formulará contra el afiliado un débito por igual monto al que se imputarán para su compensación, todo beneficio futuro que le corresponda percibir por prestaciones a cargo de la Caja, hasta agotar el importe adeudado. Este cargo no caducará por el simple transcurso del tiempo, sino hasta compensarse efectivamente, sin perjuicio que la Caja podrá exigir su pago por otras vías, de considerarlo así procedente.*

*Art. 10 Reglamento: Sin perjuicio de lo establecido en el artículo que antecede, la Caja podrá comunicar lo acontecido al Colegio Distrital respectivo, en el que se encuentre matriculado el sancionado, para que el mismo adopte los recaudos que entienda procedentes según la Ley 12.754.*

**DECLARO BAJO JURAMENTO HABER LEIDO LA PRESENTE, QUEDANDO DEBIDAMENTE NOTIFICADO, COMO ASI TAMBIEN CONOCER Y ACEPTAR LOS TÉRMINOS DEL REGLAMENTO DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORARIA, FIRMANDO EN CONFORMIDAD EN PLENO USO DE MIS CAPACIDADES MENTALES.**

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Afiliado

\_\_\_\_\_  
Matrícula del Afiliado

**Constitución de Domicilio Electrónico:**

COMPLETE AQUÍ



**CORREO ELECTRONICO:**

.....  
Constituyo el correo arriba indicado como domicilio electrónico, aceptando que allí se envíen todas las notificaciones sucesivas por parte de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, sin poder desconocer la recepción de las notificaciones allí cursadas. Me comprometo a revisar diariamente la bandeja de entrada de mi correo electrónico arriba denunciado, como así también las bandejas de spam, correo no deseado, y/o toda otra en la que pudiera recibir las notificaciones de parte de la Caja. Acepto que las notificaciones dirigidas a mi domicilio electrónico serán fehacientes y válidas.

**Constitución como Depositario de la Documentación presentada:**

Manifiesto que el presente formulario ha sido digitalizado y enviado electrónicamente, siendo auténtica la firma rubricada al pie del presente.

Acepto convertirme en depositario a título gratuito de la documentación original, presentada digitalmente (en los términos de los Arts. 1356 y ss. del Cód. Civ. y Com. de la Nación), por el término de un (1) año desde la fecha de presentación del trámite ante la Caja por vía digital. Se me ha indicado, entiendo y acepto que la falta de presentación ante la solicitud podrá acarrear la pérdida del beneficio, y las sanciones que oportunamente determine el H. Directorio de la Institución. Acepto que el requerimiento de la documentación original se realice al domicilio electrónico constituido en este formulario. Asimismo, en dicha oportunidad certificaré mis firmas frente a personal de la Caja.

Declaro que la firma en los formularios correspondientes me pertenece y que la presente solicitud ha sido realizada en pleno uso de mis facultades mentales, responsabilizándome personalmente de cualquier daño que la falsedad en dicha declaración acarree en forma alguna a la Caja.

Se me ha informado y acepto que:

La Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires se reserva el derecho de no aceptar los formularios y documentación acompañada digitalmente o en papel si existieran dudas sobre la autenticidad y/o veracidad de los mismos.

La Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires se reserva las acciones legales correspondientes en caso de cometerse, por esta u otra vía, cualquier daño o perjuicio en su contra.

**Forma de Pago:**

En caso de ser otorgado el beneficio solicitado, se me ha informado debidamente que la forma de pago es exclusivamente a través de imputación de los montos derivados del Subsidio a las Boletas de Aportes contemplados en la Ley Provincial N° 8.119 (y modificatorias), que se emitan con posterioridad a la Aprobación del Subsidio solicitado, siempre que no existan boletas pendientes de pago al momento de la solicitud, que no impidan el otorgamiento del Subsidio, en cuyo caso se imputará a estas últimas.

La solicitud y/u otorgamiento del Subsidio **no me exime de abonar las Boletas de Aportes correspondientes**. Es mi obligación controlar periódicamente el estado de las mismas, y abonarlas en caso de ser necesario. La existencia de deuda con la entidad acarreará las consecuencias dispuestas en la Ley 8.119 y en los reglamentos aplicables.

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Afiliado

\_\_\_\_\_  
Matrícula del Afiliado

# Historia Clínica (para PRESTACIONES)

**NOTA: Esta página se debe completar EN SU TOTALIDAD por el médico que actualmente asiste y trata al afiliado por la incapacidad denunciada.**

*AVISO LEGAL: El profesional médico que falseare datos relativos a la lesión o enfermedad por la que reclama al asegurado, incurrirá en el delito de falsificación de documento que contempla el art. 295 del Código Penal que dice: "Sufrirá prisión de un mes a un año, el médico que diere por escrito un certificado falso, concierne a la existencia o inexistencia, presente o pasada, de alguna enfermedad o lesión cuando de ello resulte perjuicio..."*

*Asimismo, incurrirá en delito de la estafa, previsto en los arts.172 y 173, inc. 3º C.P. y castigado con pena de 1 mes a 6 años de prisión.*

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE:

.....

## Naturaleza de la actual enfermedad o lesión

Antecedentes personales: .....

.....

.....

Examen clínico: .....

.....

Diagnóstico: .....

.....

Tratamiento indicado: .....

.....

### **Medicación indicada por la afección que genera la incapacidad:**

Droga: .....

Nombre comercial: .....

Dosis diaria: .....

Pronóstico:.....

.....

Fecha de inicio de la Incapacidad: .....

Tiempo estimado de duración de la Incapacidad:.....

¿Está el solicitante totalmente incapacitado para ejercer su profesión? .....

Si está completamente incapacitado en la actualidad ¿Será permanente la incapacidad para ejercer la profesión? .....

**En el supuesto en el cual el médico indique cambio de medicación deberá informarlo mediante certificación médica.**

Fecha...../...../.....

Firma y sello \_\_\_\_\_