



SOLICITUD 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.....

En cumplimiento de lo establecido en el art. 3º inciso d) del reglamento del presente subsidio, le informamos que -para la procedencia del beneficio- será indispensable:

- 1) Presentar el certificado médico que establece el reglamento en su art. 3º inc. d), a los 45 días de iniciada la incapacidad.
- 2) En caso de persistir la incapacidad deberá continuar presentando los correspondientes certificados médicos, cada 30 días a contar de la fecha de cumplimiento del plazo mencionado en el punto anterior y;
- 3) En caso de producirse el alta médica deberá presentar el correspondiente certificado médico que así lo acredite dentro de las 24 hs. hábiles posteriores a la misma.

La presentación de la referida documentación corre bajo su exclusiva responsabilidad, por lo que, en caso de no presentarse dicha documentación en el plazo indicado, los afiliados que gocen del beneficio de la cobertura médica asistencial de COMEI, dejarán de contar con los beneficios que se corresponden con el presente subsidio, hasta tanto cumplan con dicho requerimiento.

APELLIDO Y NOMBRES **AFILIADO N°**

DOMICILIO REAL: Calle..... N°..... Piso..... Dto.....
Localidad..... T.E.....

DOMICILIO PROFESIONAL: Calle..... N°..... Piso..... Dto.....
Localidad..... T.E.....
Días y Horario de atención.....

DOMICILIO TEMPORARIO: Calle..... N°..... Piso..... Dto.....
(Por razones de Incapacidad) Localidad..... T.E.....

Fecha de inicio de la incapacidad:/...../.....

Fecha probable de alta:/...../.....

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.

FIRMA DEL AFILIADO

(El presente formulario continúa en la siguiente página)

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORARIA (Continuación)

IMPORTANTE:

Se transcriben a continuación los Artículos 9º y 10º del Reglamento de Subsidio por Incapacidad Temporal:

Artículo 9º:

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 período 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.

Artículo 10º:

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.

QUEDO DEBIDAMENTE NOTIFICADO Y DECLARO BAJO JURAMENTO CONOCER Y ACEPTAR LOS TÉRMINOS DEL REGLAMENTO DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORARIA.

FIRMO EN CONFORMIDAD, EN PLENO USO DE MIS CAPACIDADES MENTALES:

Firma y Aclaración del Afiliado

Matrícula del Afiliado

(El presente formulario continúa en la siguiente página)

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.

Firma y Aclaración del Afiliado

Matrícula del Afiliado

(El presente formulario continúa en la siguiente página)

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 de la Afiliada

Matrícula de la Afiliada

(El presente formulario continúa en la siguiente página)

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, concerniente 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 _____