



SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORARIA

IMPORTANTE: se deberá adjuntar **HISTORIA CLINICA (PRESTACIONES)** form. APK

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 del certificado 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 el beneficio de cobertura del 100% en medicamentos en la Farmacia Fundación de esta Caja, 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 HABER RECIBIDO EN ESTA OPORTUNIDAD UNA COPIA DEL REGLAMENTO DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORARIA.

Fecha:/...../.....

FIRMA DEL AFILIADO

ANEXO SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORARIA

IMPORTANTE:

Se transcribe 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 percibido de fondos propios de la Caja 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.

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 RECIBO EN ESTE MOMENTO UNA COPIA DEL REGLAMENTO DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORARIA:

FIRMA

DTO.	NÚMERO DE CONTROL				ORDEN			
FECHA DE ENTRADA			NÚMERO DE AFILIADO					
							-	
OF. R.		CÓDIGO		T.F.				
0	3	A	P	A				