

**PRESTACIÓN PARA LA ADQUISICIÓN O ARRENDAMIENTO  
DE DISPOSITIVOS MÉDICOS**

**SOLICITUD**

**-afiliado activo-**

(R.D. 1643/2007)

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_

No. AFILIADO C.J.P.P.U.: \_\_\_\_\_ PROFESION: \_\_\_\_\_

C. IDENTIDAD: \_\_\_\_\_ F. NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO CONSTITUIDO (C.T.): \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ C. POSTAL: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

DISPOSITIVO MÉDICO SOLICITADO:

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1. Para el control de la apnea de sueño (CPAP).          |
| <input type="checkbox"/> | 2. Prótesis mamarias siguientes a la cirugía neoplásica. |
| <input type="checkbox"/> | 3. Bolsas y aros para colostomizados.                    |
| <input type="checkbox"/> | 4. Silla de ruedas.                                      |
| <input type="checkbox"/> | 5. Muletas o bastones canadienses.                       |
| <input type="checkbox"/> | 6. Discos intervertebrales.                              |
| <input type="checkbox"/> | 7. Otros de similar naturaleza. ESPECIFICAR: _____       |

MODALIDAD:

ADQUISICIÓN

ARRENDAMIENTO

**SE NOTIFICA QUE:**

1. A los efectos del goce del beneficio, **deberá encontrarse al día en sus pagos** por concepto de aportes, Fondo de Solidaridad y su Adicional, convenios, préstamos y demás obligaciones pecuniarias.
2. El otorgamiento de la prestación **se encuentra sujeto a disponibilidad presupuestal**, de acuerdo con lo previsto por el art. 107 de la Ley 17738.
3. Una vez abonado el beneficio, contará con un **plazo de 30 días para la presentación del comprobante de pago**, el cual deberá haber sido emitido a su nombre. Habiendo transcurrido dicho plazo, o en caso de que la Caja acreditara la no adquisición o arrendamiento del dispositivo, se dará inicio a las acciones de cobro correspondientes siendo exigible el importe total del beneficio, y dando lugar a la aplicación del máximo interés legal admitido.
4. **Se ratifica la Declaración Jurada realizada al inicio del beneficio sobre la inexistencia de cobertura alguna para el presente dispositivo.**

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del afiliado