



Planilla 28 - Protocolo de Celiaquía

Subsidio para harinas y premezclas libres de gluten y carga de cláusula

Datos del Titular:

Apellido/s y Nombre/s: _____

Número de Afiliado: _____

Teléfonos: Particular _____ Celular: _____

Dependencia: _____ Tel. Laboral: _____

Domicilio _____ N° _____ Dpto.

Localidad: _____ CP: _____

E-mail: _____

Datos del Beneficiario:

Apellido/s y Nombre/s: _____

Número de Afiliado: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Teléfono: _____

Para iniciar el expediente por primera vez deberá reunir la siguiente información:

- Protocolo de celiacía
- Informe de biopsia histopatológica (duodenal) o anticuerpos
- Libre deuda
- Situación de revista

- La factura del subsidio deberá ser de tipo B o C y ser entregada del 1 a 10 de cada mes.
- Se deberá realizar una **única presentación mensual** de hasta **\$479.26** (pesos cuatrocientos setenta y nueve con veintiséis centavos).
- Los **afiliados rentados** cobrarán el subsidio mediante recibo de haberes del titular, sin excepción.
- Los **afiliados que abonan** cuota cobrarán mediante cheque, debiendo indicar a la orden de quién será emitido. Para aquellos cheques que sean cobrados por una persona distinta al titular, deberá presentarse autorización firmada por el mismo.
- El afiliado firmante que acepte las condiciones y normativas de este protocolo para recibir el subsidio para harinas y pre mezclas libres de gluten toma conocimiento por la presente que mientras se encuentre en vigencia el nombrado subsidio, podrá ser citado para realizarse estudios médicos y/o nutricionales de control relacionados con la patología certificada en dicho protocolo.

	POR PRIMERA VEZ	POR RENOVACIÓN
Firma del Titular	Dpto. de Salud	Dpto. de Prestaciones Sociales