



FORMULARIO F.12

Sello Fechador

FONDO DE COBERTURA ADICIONAL SUBSIDIO POR INTERNACIÓN

SOLICITUD N° _____

RUBRO 1: DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombres: _____

Profesión: _____ Afiliado Nro.: _____ CUIT/CUIL: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Tipo de Documento: _____ N° _____

Estado Civil: _____ Domicilio: _____

Localidad: _____ Código Postal: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Mail: _____

Tomo conocimiento y expreso mi conformidad a las disposiciones contenidas en el Reglamento del FOCOB y las específicas que se transcriben a continuación: Se acordará el subsidio a quienes registren afiliación activa y que fueron internados en Clínicas o Sanatorios u otro establecimiento de salud de carácter privado, con o sin intervención quirúrgica. El subsidio está destinado a cubrir los montos cobrados por establecimiento, en los casos en que no cuenten con cobertura de obra social, o cuando deban afrontar diferencias económicas derivadas del plan de cobertura de salud o de la categoría contratada. La cobertura alcanzará hasta un máximo de dos (2) días de internación, fijándose el valor del subsidio en el equivalente a 10 unidades previsionales por cada día de internación.

Firma y Aclaración:

RUBRO 2: DATOS DE CUENTA BANCARIA

Banco: _____ Nro. de cuenta: _____

CBU o Alias: _____

RUBRO 3: DATOS ESTABLECIMIENTO MEDICO- ASISTENCIAL

Nombre/Razón Social: _____

Médico Tratante: _____

Diagnostico: _____

Fecha Internación: desde ____/____/____ hasta: ____/____/____

RUBRO 4: INFORME ADMINISTRATIVO

	Copia DNI del afiliado	Recepción y verificación:	
	Factura o comp. de gastos no cubierto por Ob. Social		
	Constancia de CBU		Control:
	Cumplimiento de aportes previsionales y FOCOB		
		Observaciones:	

RUBRO 5: RESOLUCIÓN DIRECTORIO

Verificada la documentación en cuestión y la procedencia del subsidio, ____ (SI/NO) se procede a liquidar el subsidio solicitado.

Unidades Previsionales: _____ al valor de \$ _____, siendo el monto total a liquidar de \$ _____

Firma DIRECTORIO: