



ISSyS | Gobierno de la
Provincia del Chubut



Dirección: B.Rivadavia 430 - Rawson | Teléfono: 280-44282453 | Línea de Atención Gratuita:08009992500 | Web: www.issys.gov.ar

PRESENTACION DE COMPROBANTES PARA LIQUIDACION DE SUBSIDIO DE CRISTALES, ARMAZON Y LENTES DE CONTACTO

RES.996/20

Tramite N° _____

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

APELLIDO Y NOMBRE: _____ **DNI N°** _____
DOMICILIO: _____ **LOCALIDAD:** _____
BENEFICIARIO: _____ **CEL.:** _____
CORREO ELECTRONICO: _____

Lugar y Fecha: Rawson: ___/___/___

Firma y DNI

DETALLE DEL COMPROBANTE:

IMPORTE \$

FACTURA/TICKET N° _____

1)- Será requisito para la carga de Subsidio de cristales, marcos o lentes de contacto cuyos montos superen los Dos mil cincuenta pesos (\$2050,00), la presentación de la factura Original de compra junto a la prescripción médica ORIGINAL del Oftalmólogo tratante.

2)- Los subsidios se otorgarán de acuerdo a lo estipulado en la Resolución vigente (Res.996/20). La frecuencia de entrega será según la normativa mencionada: **cada dos (2) años** en mayores de 15 años y **anual** en menores de 15 años.

3)- **Los afiliados con cobertura 100% a cargo de SEROS** (Discapacitados visuales, Trasplantados de córnea) **deberán presentar para su autorización la prescripción médica y dos presupuestos** aprobándose el de menor valor. Con intervención de Auditoria Oftalmológica. En estos casos **la factura de compra deberá presentarse dentro de los treinta (30) días de realizada la misma.**

**ADJUNTAR COMPROBANTES ORIGINALES
CASO CONTRARIO NO SE PODRA LIQUIDAR EL SUBSIDIO**

OBSERVACIONES:
