



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:

---

---