



**ENFERMEDAD CELIACA
SOLICITUD DE BENEFICIO LEY N° 26588**

A fin de percibir la cobertura correspondiente debe mensualmente cumplimentar el siguiente registro.

LUGAR: _____ FECHA: ____/____/____

Apellido y Nombre: _____

Afiliado Nro.: _____ D N I N ° _____

Solicito el Beneficio por Enfermedad Celíaca (Ley N° 26588)

por el MES de _____ Año _____

Para ser beneficiario, debe adjuntar a este formulario, la siguiente documentación:

- Diagnóstico emitido por el médico gastroenterólogo.
- Copia de Carnet de Afiliado Solicitante.
- Copia del último Recibo de Sueldo.
- Copia de Endoscopia con biopsia del intestino delgado.
- Copia de Anticuerpos que confirmen diagnóstico.
- Formulario de CBU (Emitido por el Banco o por HomeBanking)
- Dirección de Email

Firma y Aclaración del Afiliado: _____

El titular del beneficio es responsable de su efectiva utilización, así como del cumplimiento de las responsabilidades y condiciones que en esta Ley se establecen para la vigencia del beneficio.

Dicha solicitud debe enviarse todos los meses, del 1 al 10 de cada mes, para recibir el Beneficio, dicho beneficio se otorga mensualmente, el mismo no es retroactivo ni acumulable.



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación