



|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>NOMBRE DEL TRAMITE</b>         | SOLICITUD DE “ORTODONCIA –PRÓTESIS”  |
| <b>AREA</b>                       | Secretaría de Salud y Bienestar Social   |
| <b>OBJETO</b>                     | Obtener de la Administración Municipal Autorización para realizar tratamientos de Prótesis-Ortopedia en Sanidad Municipal.   |
| <b>REQUISITOS Y/O CONDICIONES</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Completar Formulario “Solicitud de Prótesis”</li> <li>• Fotocopia D.N.I del solicitante o Tutor y/o Beneficiario.</li> <li>• Solicitud del Profesional (Odontólogo) de Sanidad Municipal, indicando/solicitando el tipo de tratamiento: Ortopedia/Prótesis que necesita el paciente.</li> <li>• CUIL-Constancia Negativa del Anses</li> </ul>   |
| <b>TIEMPO ESTIMADO</b>            | Tiempo Mínimo Estimado : Inicio-fin del trámite:<br><br><p style="text-align: right;"><i>MINIMO: quince (15) DÍAS</i></p>  |
| <b>COSTO</b>                      | Sin costos.  |
| <b>NORMATIVA APLICABLE</b>        |  |
| <b>CIRCUITO DEL TRAMITE</b>       | Ingresar Formulario de inicio de trámite y documentación obligatoria por la Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo del Municipio. La documentación es reenviada a la Secretaría de Salud y B.S. para dar continuidad a lo solicitado, en el marco de las posibilidades económicas-financieras del Municipio. Dictando el instrumento legal correspondiente (Autorizando-Rechazando), en caso favorable, vuelve el mismo a la Dirección de Sanidad Municipal para prosecución y cumplimiento de lo autorizado. |
| <b>Observaciones</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Secretaría de Salud y Bienestar Social –Sanidad Municipal</b></li> <li>• Domicilio: Sarmiento 1050</li> <li>• <b>Atención al Público:</b> Lunes a Viernes de 07:00 a 13:00 Hs.</li> <li>• E-mail.: <a href="mailto:saludmunicipal@catamarcaciudad.gob.ar">saludmunicipal@catamarcaciudad.gob.ar</a></li> </ul>   |