

**CAMBIO DE PRESTADOR ASISTENCIAL  
DECRETO N°. 114/023**

<b>Fecha</b>

<b>Cédula de Identidad</b>	<b>Nombres y Apellidos</b>

<b>Cédula de Identidad del apoderado (en caso de corresponder)</b>	<b>Nombres y Apellidos</b>

**Se presenta ante el BPS solicitando se remita a resolución de la Junta Nacional de Salud la solicitud de cambio de prestador de salud**

<b>de</b>		<b>a</b>	
-----------	--	----------	--

**Comprende, además del solicitante, a sus hijos respaldados:**

<b>Cédula de Identidad</b>	<b>Nombres y Apellidos</b>

**A esos efectos, declara que la solicitud está dentro de lo dispuesto por artículos 1º y 2º del Decreto n.º 114/023 del 30/03/2023, originada por:**

(Marque la opción que corresponda)

<b>1</b>	<b>Cambio de domicilio:</b> Corresponde únicamente cuando el traslado es de un departamento a otro y se haya configurado en los últimos 12 meses.
----------	---

**Domicilio anterior\***

<b>Calle</b>		<b>Nº.</b>		<b>Apto.</b>	
<b>Localidad / departamento</b>					

**Domicilio actual\***

<b>Fecha desde la que vive en el nuevo domicilio (mes/año)</b>					
<b>Calle</b>		<b>Nº.</b>		<b>Apto.</b>	
<b>Localidad / departamento</b>					
<b>Teléfono</b>		<b>Correo electrónico</b>			

<b>2</b>	<b>Dificultades de acceso geográfico a los servicios de su prestador actual:</b> las dificultades de acceso geográfico deben haberse producido en los últimos 12 meses y luego de la afiliación del usuario en el prestador del que pretende cambiarse.	
	<i>Deberá incluir nota explicando los motivos. *</i>	

<b>Fecha desde la que se originó la dificultad de acceso geográfico (mes/año)</b>		
---	--	--

**Domicilio actual\***

<b>Calle</b>		<b>Nº.</b>		<b>Apto.</b>	
<b>Localidad / departamento</b>					
<b>Teléfono</b>		<b>Correo electrónico</b>			

<b>3</b>	<b>Problemas asistenciales que conllevan a la pérdida de confianza en su prestador actual:</b>	
	<i>Deberá incluir nota explicando los motivos y prueba de estos. *</i>	

<b>4</b>	<b>Incumplimiento de los tiempos de espera:</b>	
	<i>Deberá incluir nota explicando los motivos y prueba de estos. *</i>	

Declaro haber elegido en forma libre e informada el prestador de servicios integrales de salud, así como no haber percibido dinero u otra ventaja equivalente, según artículo 3 Decreto n.º 390/017 de fecha 28 de diciembre de 2017.	<b>SI</b>	<b>NO</b>

La presente Declaración está sujeta a las disposiciones del Artículo 239 del Código Penal.

Firma: .....

Aclaración: .....

\*Los datos marcados con asterisco son de carácter obligatorio.

**CÓDIGO PENAL, ARTÍCULO 239:** "(Falsificación ideológica por un particular) El que, con motivo del otorgamiento o formalización de un documento público, ante un funcionario público, prestare una declaración falsa sobre su identidad o estado, o cualquiera otra circunstancia de hecho, será castigado con tres a veinticuatro meses de prisión".

**DECRETO 114/023**

**ARTÍCULO 1:** "A solicitud expresa y fundamentada de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, la Junta Nacional de Salud, podrá excepcionalmente autorizar en cualquier momento, cambios de prestador de salud, cuando: a) el usuario traslade su domicilio de un Departamento a otro o acredite dificultades supervinientes de acceso geográfico a los servicios del prestador en el que se encuentra registrado. Para que operen las solicitudes efectuadas por esta causal deberá acreditarse por el interesado o su representante legal (padre, madre, tutor, curador) que ha trasladado su domicilio o se han presentado las dificultades referidas; b) existan situaciones originadas en problemas asistenciales que lleven a la pérdida de confianza en el prestador. En tal caso las solicitudes efectuadas al amparo de la presente causal serán sustanciadas ante la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública, la que, de resolver afirmativamente, lo comunicará a la Junta Nacional de Salud a fin de que, por su intermedio, se habilite el cambio de prestador; c) existan dificultades de accesibilidad a los servicios asistenciales del prestador en el que se encuentra registrado el usuario, por incumplimiento de los tiempos de espera determinados por la normativa vigente".

**ARTÍCULO 2:** La causal a que refiere el literal a) del artículo 1° del presente Decreto, sólo podrá ser invocada antes de transcurridos doce meses de concretado el cambio de domicilio o de configuradas las dificultades supervinientes de acceso geográfico. En el supuesto a que refiere el literal b), la autorización de cambio de prestador estará supeditada a la prueba de los hechos que fundamenten la solicitud. En cuanto a la causal establecida en el literal c) el prestador integral de salud deberá suministrar al usuario un comprobante en el que conste la fecha de la solicitud de la cita y la fecha para la cual se concedió la misma, cualquiera sea la modalidad de agenda.

**DECRETO 390/017, ARTÍCULO 3:** "Todas las solicitudes de cambio de prestador a que hace referencia el artículo anterior deberán ser acompañadas por una declaración jurada del usuario en la que manifieste su libre e informada elección del prestador de servicios integrales de salud, así como no haber percibido dinero u otra ventaja equivalente, todo ello sin perjuicio del cumplimiento del Decreto 177/009 de 24 de abril de 2009."