

AFILIADO ADHERENTE CON CARENCIA VIGENTE



DPTO. AFILIACIONES ADHERENTES

CONSTANCIA DE CREDENCIAL

CREDENCIAL N° 000766666408



PLAN 99101

Tipo de Afiliado Adherente: NIETA C/APORTE

Apellido y Nombre: GARAY VALENTINA GERALDINE

D.N.I.: 56.168.459

Alta: 01/07/2023

Vto. Carencia: 30/06/2024

Coberturas:

- Servicios Ambulatorios
Desde: 01/07/23 – Hasta: 31/10/23
- Servicios ambulatorios y 50% de internación.
Desde: 01/11/23 – Hasta 31/03/24
- Servicios ambulatorios y 100% de internación.
Desde: 01/04/2024.-

FIRMA Y SELLO

La habilitación de la credencial dependerá del estado de cuenta de cada afiliado adherente.

AFILIADO ADHERENTE CON CARENCIA VIGENTE



DPTO. AFILIACIONES ADHERENTES

CONSTANCIA DE CREDENCIAL

CREDENCIAL N° 002757488700



PLAN 90101

Tipo de Afiliado Adherente: TITULAR

Apellido y Nombre: FROST SOLEDAD JAVIELA

D.N.I.: 27.574.887

Alta: 01/07/2023

Vto. Carencia: 30/06/2024

Coberturas:

- Servicios Ambulatorios
Desde: 01/07/23 – Hasta: 31/10/23
- Servicios ambulatorios y 50% de internación.
Desde: 01/11/23 – Hasta 31/03/24
- Servicios ambulatorios y 100% de internación.
Desde: 01/04/2024.-

FIRMA Y SELLO

La habilitación de la credencial dependerá del estado de cuenta de cada afiliado adherente.

AFILIADO ADHERENTE SIN CARENCIA



DPTO. AFILIACIONES ADHERENTES

CONSTANCIA DE CREDENCIAL

CREDENCIAL N° 012011796308



PLAN 99101

Tipo de Afiliado Adherente: NIETA C/APORTE

Apellido y Nombre: LAPP MARIA CECILIA GIMENA

D.N.I.: 58.551.355

Alta: 01/03/2021

Cobertura: Todos los servicios afiliados IPS.

FIRMA Y SELLO

La habilitación de la credencial dependerá del estado de cuenta de cada afiliado adherente.

AFILIADO ADHERENTE SIN CARENCIA



DPTO. AFILIACIONES ADHERENTES

CONSTANCIA DE CREDENCIAL

CREDENCIAL N° 003856502100



PLAN 90101
HIJO ESTUDIANTE
MAYOR DE 28 AÑOS

Tipo de Afiliado Adherente: TITULAR

Apellido y Nombre: IACINO ADRIANA

D.N.I.: 38.565.021

Alta: 01/07/2023

Cobertura: Todos los servicios
afiliados IPS.

FIRMA Y SELLO

La habilitación de la credencial dependerá del estado de cuenta de cada afiliado adherente.

AFILIADO ADHERENTE SIN CARENCIA



DPTO. AFILIACIONES ADHERENTES

CONSTANCIA DE CREDENCIAL

CREDENCIAL N° 022702070100



PLAN 90101

Tipo de Afiliado Adherente: TITULAR

Apellido y Nombre: LEIVA OMAR NELSON

D.N.I.: 27.020.701

Alta: 01/04/2007

Cobertura: Todos los servicios afiliados IPS.

FIRMA Y SELLO

La habilitación de la credencial dependerá del estado de cuenta de cada afiliado adherente.

DECLARACIÓN JURADA

DATOS DEL AFILIADO DIRECTO

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:

APELLIDO:

NOMBRES:

REPARTICIÓN (DONDE PRESTA SERVICIOS):

DOMICILIO:

LOCALIDAD: TELÉFONO: (.....)

DATOS DE LA PERSONA QUE DESEA AFILIAR

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO:

APELLIDO:

NOMBRES:

PARENTESCO QUE SE INVOCA:.....

DOMICILIO:

LOCALIDAD: TELÉFONO: (.....)

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:

DECLARO BAJO JURAMENTO, que los datos consignados en la presente Declaración Jurada se ajustan a la verdad, reconociendo que el Decreto N° 618/71 establece, como falta grave y sanciona la falsedad de la información de los datos suministrados. Asimismo, declaro estar en conocimiento de las reglas del uso de las prestaciones de la Obra Social, y de la obligación de comunicar toda alteración y modificación que pueda determinar la exclusión del familiar de quien solicito de afilie.-

.....
FIRMA DEL AFILIADO TITULAR

.....
FIRMA DEL FAMILIAR

DECLARACIÓN JURADA

DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA AFILIACION:

APELLIDO: _____

NOMBRES: _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: _____

DECLARO BAJO JURAMENTO, que los datos consignados en la presente Declaración Jurada se ajustan a la verdad, reconociendo que el Decreto N° 618/71 establece, como falta grave y sanciona la falsedad de la información de los datos suministrados. Asimismo, declaro estar en conocimiento de las reglas del uso de las prestaciones de la Obra Social, y de la obligación de comunicar toda alteración y modificación que pueda determinar la exclusión del familiar de quien solicito de afilie.-

DECLARACIÓN JURADA

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

APELLIDOS: _____

NOMBRES: _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____

DOMICILIO: _____

REPARTICION (donde presta servicio): _____

TELEFONO: _____

DATOS DE LA PERSONA QUE DESEA AFILIAR

APELLIDOS: _____

NOMBRES: _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____

PARENESCO QUE INVOCA: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____ TELEFONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: _____

DECLARO BAJO JURAMENTO, que los datos consignados en la presente Declaración Jurada se ajustan a la verdad, reconociendo que el Decreto N° 618/71 establece, como falta grave y sanciona la falsedad de la información de los datos suministrados. Asimismo, declaro estar en conocimiento de las reglas del uso de las prestaciones de la Obra Social, y de la obligación de comunicar toda alteración y modificación que pueda determinar la exclusión del familiar de quien solicito de afilie.-

DECLARACIÓN JURADA

DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA AFILIACION:

APELLIDOS: _____

NOMBRES: _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ **EDAD:** _____

DECLARO BAJO JURAMENTO, que los datos consignados en la presente Declaración Jurada se ajustan a la verdad, reconociendo que el Decreto N° 618/71 establece, como falta grave y sanciona la falsedad de la información de los datos suministrados. Asimismo, declaro estar en conocimiento de las reglas del uso de las prestaciones de la Obra Social, y de la obligación de comunicar toda alteración y modificación que pueda determinar la exclusión del familiar de quien solicito de afilie.-

DECLARACIÓN JURADA

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

APELLIDO: _____

NOMBRES: _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____

DOMICILIO: _____

REPARTICION (donde presta servicio): _____

TELEFONO: _____

DATOS DE LA PERSONA QUE DESEA AFILIAR

APELLIDO: _____

NOMBRES: _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____

PARENTESCO QUE INVOCA: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____ TELEFONO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ **EDAD:** _____

DECLARO BAJO JURAMENTO, que los datos consignados en la presente Declaración Jurada se ajustan a la verdad, reconociendo que el Decreto N° 618/71 establece, como falta grave y sanciona la falsedad de la información de los datos suministrados. Asimismo, declaro estar en conocimiento de las reglas del uso de las prestaciones de la Obra Social, y de la obligación de comunicar toda alteración y modificación que pueda determinar la exclusión del familiar de quien solicito de afilie.-

DECLARACIÓN JURADA

DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA AFILIACION:

APELLIDOS: _____

NOMBRES: _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____

TELEFONO: _____

CORREO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: _____

DECLARO BAJO JURAMENTO, que los datos consignados en la presente Declaración Jurada se ajustan a la verdad, reconociendo que el Decreto N° 618/71 establece, como falta grave y sanciona la falsedad de la información de los datos suministrados. Asimismo, declaro estar en conocimiento de las reglas del uso de las prestaciones de la Obra Social, y de la obligación de comunicar toda alteración y modificación que pueda determinar la exclusión del familiar de quien solicito de afilie.-

DECLARACIÓN JURADA

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

APELLIDOS: _____

NOMBRES: _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____

DOMICILIO: _____

REPARTICION (donde presta servicio): _____

TELEFONO: _____

CORREO: _____

DATOS DE LA PERSONA QUE DESEA AFILIAR

APELLIDO: _____

NOMBRES: _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____

PARENETESCO QUE INVOCA: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____ TELEFONO: _____

CORREO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: _____

DECLARO BAJO JURAMENTO, que los datos consignados en la presente Declaración Jurada se ajustan a la verdad, reconociendo que el Decreto N° 618/71 establece, como falta grave y sanciona la falsedad de la información de los datos suministrados. Asimismo, declaro estar en conocimiento de las reglas del uso de las prestaciones de la Obra Social, y de la obligación de comunicar toda alteración y modificación que pueda determinar la exclusión del familiar de quien solicito de afilie.-

DECLARACIÓN JURADA

DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA AFILIACION:

APELLIDOS: _____

NOMBRES: _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____

TELEFONO: _____

CORREO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ **EDAD:** _____

DECLARO BAJO JURAMENTO, que los datos consignados en la presente Declaración Jurada se ajustan a la verdad, reconociendo que el Decreto N° 618/71 establece, como falta grave y sanciona la falsedad de la información de los datos suministrados. Asimismo, declaro estar en conocimiento de las reglas del uso de las prestaciones de la Obra Social, y de la obligación de comunicar toda alteración y modificación que pueda determinar la exclusión del familiar de quien solicito de afilie.-

DECLARACIÓN JURADA

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

APELLIDO: _____

NOMBRES: _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____

REPARTICION (donde presta servicio): _____

TELEFONO: _____

CORREO: _____

DATOS DE LA PERSONA QUE DESEA AFILIAR

APELLIDO: _____

NOMBRES: _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____

PARENTESCO QUE INVOCA: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____ TELEFONO: _____

CORREO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ **EDAD:** _____

DECLARO BAJO JURAMENTO, que los datos consignados en la presente Declaración Jurada se ajustan a la verdad, reconociendo que el Decreto N° 618/71 establece, como falta grave y sanciona la falsedad de la información de los datos suministrados. Asimismo, declaro estar en conocimiento de las reglas del uso de las prestaciones de la Obra Social, y de la obligación de comunicar toda alteración y modificación que pueda determinar la exclusión del familiar de quien solicito de afilie.-

DECLARACIÓN JURADA

DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA AFILIACION:

APELLIDOS: _____

NOMBRES: _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____

TELEFONO: _____

CORREO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ **EDAD:** _____

DECLARO BAJO JURAMENTO, que los datos consignados en la presente Declaración Jurada se ajustan a la verdad, reconociendo que el Decreto N° 618/71 establece, como falta grave y sanciona la falsedad de la información de los datos suministrados. Asimismo, declaro estar en conocimiento de las reglas del uso de las prestaciones de la Obra Social, y de la obligación de comunicar toda alteración y modificación que pueda determinar la exclusión del familiar de quien solicito de afilie.-

DECLARACIÓN JURADA

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

APELLIDO: _____

NOMBRES: _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____

DOMICILIO: _____

REPARTICION (donde presta servicio): _____

TELEFONO: _____

CORREO: _____

DATOS DE LA PERSONA QUE DESEA AFILIAR

APELLIDO: _____

NOMBRES: _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____

PARENETESCO QUE INVOCA: _____

DOMICILIO: _____

LOCALIDAD: _____ TELEFONO: _____

CORREO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ **EDAD:** _____

DECLARO BAJO JURAMENTO, que los datos consignados en la presente Declaración Jurada se ajustan a la verdad, reconociendo que el Decreto N° 618/71 establece, como falta grave y sanciona la falsedad de la información de los datos suministrados. Asimismo, declaro estar en conocimiento de las reglas del uso de las prestaciones de la Obra Social, y de la obligación de comunicar toda alteración y modificación que pueda determinar la exclusión del familiar de quien solicito de afilie.-

ABM DE ADHESIONES AL DEBITO AUTOMATICO ADHESIÓN BAJA MODIFICACION

Autorizo expresamente se debite de mi CUENTA CORRIENTE / CAJA DE AHORRO, el importe correspondiente de la/s adhesión/es que a continuación se detallan, a través del Convenio Nro. 14.835, firmado entre el IPS y el Banco Macro, el importe correspondiente al 2% de mi haber remunerativo sujeto a aportes. La presente autorización continuará vigente hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla.

TITULAR

NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO	NUMERO DE CUENTA

FAMILIARES

APELLIDO Y NOMBRE	DOCUMENTO	VINCULO

FIRMA: -----ACLARACION: -----DNI Nro.:-----

FECHA: -----LUGAR :-----

ABM DE ADHESIONES AL DEBITO AUTOMATICO ADHESIÓN BAJA MODIFICACION

Autorizo expresamente se debite de mi CAJA DE AHORRO, el importe correspondiente de la/s adhesión/es que a continuación se detallan, a través del Convenio Nro. 14.835, firmado entre el IPS y el Banco Macro, el importe correspondiente a la cuota del PLAN 90101, y a la cuota de la POLIZA DE SEPELIO. La presente autorización continuará vigente hasta tanto medie comunicación fehaciente de mi parte para revocarla.

TITULAR

NOMBRE Y APELLIDO	DOCUMENTO	NUMERO DE CUENTA

FAMILIARES

APELLIDO Y NOMBRE	DOCUMENTO	VINCULO

FIRMA: -----ACLARACION: -----DNI Nro.:-----

FECHA: -----LUGAR :-----

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

REFERENCIA:

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DEL SOLICITANTE:

APELLIDO Y NOMBRE:

La presente DDJJ de Salud debe ser completada en su totalidad, sin dejar espacios en blanco. Cuando se indica SI o NO, se deberá consignar con una "X" el casillero que corresponda.

1 - HÁBITOS

FUMA SI NO CUANTOS POR DÍA:

TOMA BEBIDAS ALCOHÓLICAS SI NO CUALES:

PRACTICA DEPORTE: SI NO CUALES:

2 - INTERNACIONES PREVIAS

MOTIVO	AÑO	MOTIVO	AÑO

3 - OPERACIONES PREVIAS

MOTIVO	AÑO	MOTIVO	AÑO

4 - ANTECEDENTES MÉDICOS: ¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ?

ANTECEDENTE	SI	NO	ANTECEDENTE	SI	NO
CONVULSIONES			HEMORROIDES		
NEURITIS - NEURALGIAS			VÁRICES		
ASMA			ÚLCERA GÁSTRICA DUODENAL		
URTICARIA			ENFERMEDAD CORONARIA		
ALERGIA			PÉRDIDA DE PESO RECIENTE		
ENFERMEDADES CRÓNICAS			DIABETES		
TRASTORNOS DE LA VISIÓN			ENFERMEDADES DE SANGRE		
TRASTORNOS AUDITIVOS			CÁNCER U OTRO TUMOR		
FIEBRE REUMÁTICA			DIFICULTAD PARA ORINAR		
CONVULSIONES			LUMBALGIA O LUMBOCIATALGIA		
HERNIAS					

5 - OTRAS ENFERMEDADES

CONSIGNE CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD NO INCLUIDA EN LAS MENCIONES PRECEDENTES:

.....

.....

.....

Declaro bajo juramento que los datos consignados en el presente referidos a la persona de referencia, son exactos y veraces.-

Dejo constancia de que he sido debidamente informado de que no serán cubiertas las enfermedades o patologías de carácter preexistente al ingreso, conocida o no, sus secuelas, complicaciones o interurrencias que afecten a quien se afilia. Asimismo que he sido notificado que cualquier falsedad, inexactitud u omisión de datos que contengan esta Declaración, la Ficha de Afiliación y/o la Solicitud de Afiliación, dará derecho al IPSM a resolver la afiliación sin más trámite.-

Por otra parte, tomo conocimiento que IPSM podrá rechazar la Solicitud de Afiliación dentro de los 30 (treinta) días hábiles siguientes.-

LUGAR:....., FECHA:..... DE..... DE.....

.....
FIRMA DEL SOLICITANTE

RESERVADO PARA EL I.P.S.M.

DICTAMEN DE JUNTA MÉDICA:

.....

.....

.....

FECHA:

.....
FIRMA DIRECTOR/A
JUNTA MÉDICA

OTRAS INTERVENCIONES:

.....

.....

.....

FECHA:

.....
FIRMA SUB GERENTE
PRESTACIONES ASISTENCIALES



SOLICITUD DE BAJA

LUGAR: FECHA: DE DE

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO:.....

APELLIDO Y NOMBRE:.....

DATOS DEL AFILIADO ADHERENTE

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO:.....

APELLIDO Y NOMBRE:.....

VINCULO: ALTA: / /

MOTIVO DE LA BAJA

POR PASAR AL DPTO. AFILIACIONES EN CARACTER DE:.....

POR FALLECIMIENTO FECHA:..... / / ADJUNTA COPIA ACTA DE DEFUNCION

OTRO

OTROS DATOS

ENTREGA CARNET SI NO

POSEE DEUDA SI NO

OBSERVACIONES:

Se informa al afiliado que por resolución 819/10 se encuentra suspendida desde el 01/06/10 la incorporación de adherentes voluntarios, por lo que una vez solicitada la baja no existe la posibilidad de reincorporarse como tal a esta obra social.

.....
FIRMA TITULAR

.....
FIRMA ADHERENTE

.....
ACLARACION

SELLO

.....
ACLARACION