

DPTO. AFILIACIONES ADHERENTES

Tel: 444 8611

E-mail: ips.dptoadherentes@gmail.com

Página: <https://ipsmisiones.com.ar/>

<u>PLAN 99101</u>	<u>PLAN 90101</u>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CONCUBINOS/CONVIVIENTES <input type="checkbox"/> MADRE/PADRE <input type="checkbox"/> NIETOS/AS <input type="checkbox"/> HERMANO HUÉRFANO/DISCAPACITADO <input type="checkbox"/> MENOR BAJO GUARDA / CON PROTECCIÓN INTEGRAL 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ADHERENTES VOLUNTARIOS (antes de la suspensión 0610/10) <input type="checkbox"/> HIJOS ESTUDIANTE MAYORES DE 28 AÑOS <input type="checkbox"/> CONVENIO CA.PRO.ME: (Médicos - Veterinarios) <input type="checkbox"/> CONVENIO CA.PRO.SA: (Bioquímicos; Farmacéuticos y Químicos; Kinesiólogos y Fisioterapeutas; Odontólogos y Ópticos) <input type="checkbox"/> CONVENIO CADEMIS: (Abogados) <input type="checkbox"/> CONVENIO CAPROCE: (Contadores) <input type="checkbox"/> CONVENIO CONUPROMI: (Nutricionistas)
<u>2% DE HABER REMUNERATIVO</u>	<u>\$17.500.- (Hasta 39 años)</u> <u>\$22.750.- (De 40 años hasta 49 años)</u> <u>\$26.250.- (De 50 años en adelante)</u>

TIPOS DE ADHERENTES - PLAN 99101

(Con periodos de carencia)

- CONCUBINOS/CONVIVIENTES
- MADRE/PADRE
- NIETOS/AS
- HERMANO HUERFANO/DISCAPACITADO
- MENOR BAJO GUARDA / CON PROTECCION INTEGRAL

REQUISITOS

CONCUBINOS / CONVIVIENTES	MADRE/PADRE
<ul style="list-style-type: none">• Declaración Jurada de incorporación.• Convivencia por 5 (cinco) años o 2 (dos) años si hubiere descendencia<ul style="list-style-type: none">○ Registración de la Unión Convivencial otorgada por el Registro Provincial de la Personas o Información Sumaria de convivencia efectuada ante Juzgados Civiles de Primeras Instancia o Juzgado de Familia.• De existir matrimonio anterior presentar sentencia de divorcio.• Formulario para descuento por Débito (Banco Macro).• Fotocopia de DNI de los interesados.• Fotocopia de carnet del afiliado del titular.• Fotocopia del último recibo de haberes del titular.• Certificación negativa de PAMI y ANSES del concubino/a.• Constancia de CBU.	<ul style="list-style-type: none">• Declaración Jurada de incorporación.• Formulario para descuento por Débito (Banco Macro).• Partida de nacimiento de titular.• Fotocopia de DNI de los interesados.• Fotocopia de carnet del afiliado del titular.• Fotocopia del último recibo de haberes del titular.• Certificación negativa de PAMI y ANSES del padre/madre.• Fotocopias autenticadas.• Constancia de CBU.

REQUISITOS

NIETOS

- Declaración Jurada de incorporación.
- Formulario para descuento por Débito (Banco Macro).
- Partidas de nacimiento para demostrar los vínculos.
- Fotocopia del DNI del afiliado titular, hijo y nieto.
- Fotocopia del carnet de afiliado del titular.
- Fotocopia del último recibo de sueldo del titular
- Certificaciones negativas de PAMI y ANSES del padre y de la madre.
- Fotocopias autenticadas.
- Constancia de CBU.
- En caso que presente alguna discapacidad, presentar CUD (Certificado Único de Discapacidad).

REQUISITOS

HERMANOS HUÉRFANO /DISCAPACITADO	MENOR BAJO GUARDA/CON PROTECCIÓN INTEGRAL
<ul style="list-style-type: none">• Completar declaración Jurada de Datos Personales.• Formulario para descuento por Débito (Banco Macro).• Presentar Certificado Único de Discapacidad. (CUD)• Fotocopia D.N.I. del Titular / Solicitante.• Fotocopia del Carnet del Titular.• Fotocopia de la Partida de nacimiento de Ambos Solicitante / Titular.• Fotocopia del último Recibo de Sueldo del Titular• Certificado de Defunción de los Padres.• Fotocopias autenticadas.• Certificación negativa de PAMI y ANSES• Constancia de CBU.	<ul style="list-style-type: none">• Completar declaración Jurada de Datos Personales.• Formulario para descuento por Débito (Banco Macro).• Presentar Oficio del Juzgado.• Fotocopia D.N.I. del Titular / Solicitante.• Fotocopia de carnet del afiliado del titular.• Fotocopia del último recibo de sueldo del titular• Fotocopias autenticadas• Certificación negativa de PAMI y ANSES• Constancia de CBU.

TIPOS DE ADHERENTES - PLAN 90101

- **HIJOS ESTUDIANTE MAYORES DE 28 AÑOS** (Sin periodos de carencia)
- **CONVENIOS** (con periodos de carencia):

❖ <u>CA.PRO.ME:</u> (Médicos - Veterinarios) <ul style="list-style-type: none">• C/GRUPRO FAMILIAR	❖ <u>CA.PRO.C.E:</u> (Contadores) <ul style="list-style-type: none">• C/GRUPRO FAMILIAR
❖ <u>CA.PRO.SA:</u> (Bioquímicos; Farmacéuticos y Químicos; Kinesiólogos y Fisioterapeutas; Odontólogos y Ópticos) <ul style="list-style-type: none">• C/GRUPRO FAMILIAR	❖ <u>CADEMIS:</u> (Abogados) <ul style="list-style-type: none">• C/GRUPRO FAMILIAR
	❖ <u>CONUPROMI:</u> (Nutricionistas) <ul style="list-style-type: none">• C/GRUPRO FAMILIAR

REQUISITOS

HIJOS ESTUDIANTE 28 AÑOS

- Declaración Jurada de incorporación.
- Formulario para descuento por Débito (Banco Macro).
- Completar Declaración Jurada de Salud.
- Fotocopia D.N.I. del titular / solicitante.
- Fotocopia carnet del titular.
- Fotocopia partida de nacimiento del solicitante.
- Fotocopia recibo de sueldo del titular.
- Constancia de alumno regular (terciario o universitario)
- Certificación negativa de PAMI y ANSES
- Constancia de CBU.

REQUISITOS CONVENIOS

CA.PRO.ME TITULAR	CA.PRO.ME FAMILIAR
<ul style="list-style-type: none">• Declaración Jurada de incorporación.• Completar declaración jurada de salud.• Análisis Clínicos.• Fotocopia de DNI.• Fotocopia último pago cuota CA.PRO.ME• Certificado de matrícula activa.• Certificación de que no posee cobertura de salud (prepagas de CAPROME).• Negativas de Pami y Anses.• Toda documentación deberá ser autenticada por la policía.	<ul style="list-style-type: none">• Declaración Jurada de incorporación.• Completar declaración jurada de salud.• Análisis Clínicos.• Presentar documentación que acredite el vínculo.<ul style="list-style-type: none">• Cónyuge (Acta de matrimonio)• Conviviente (Registración de la unión convivencial otorgada por el Registro Provincial de la Personas o Información Sumaria de convivencia efectuada ante Juzgados Civiles)• Hijo (Partida de nacimiento)• Hijo de 21 a 28 años (Constancia de alumno regular de establecimientos terciarios o universitarios, reconocidos por el Ministerio de Educación Nacional y Provincial).• Fotocopias de DNI (Titular/Familiar)• No poseer prepagas.• Negativas de Pami y Anses.• Toda documentación deberá ser autenticada por la policía.

REQUISITOS CONVENIOS

CA.PRO.SA TITULAR	CA.PRO.SA FAMILIAR
<ul style="list-style-type: none">• Declaración Jurada de incorporación.• Completar declaración jurada de salud.• Análisis Clínicos.• Fotocopia de DNI.• Certificado de matrícula activa.• No poseer prepagas.• Negativas de Pami y Anses.• Constancia de CBU• Toda documentación deberá ser autenticada por la policía.	<ul style="list-style-type: none">• Declaración Jurada de incorporación.• Completar declaración jurada de salud.• Análisis Clínicos.• Presentar documentación que acredite el vínculo.<ul style="list-style-type: none">• Cónyuge (Acta de matrimonio)• Conviviente (Registración de la unión convivencial otorgada por el Registro Provincial de la Personas o Información Sumaria de convivencia efectuada ante Juzgados Civiles)• Hijo (Partida de nacimiento)• Hijo de 21 a 28 años (Constancia de alumno regular de establecimientos terciarios o universitarios, reconocidos por el Ministerio de Educación Nacional y Provincial).• Fotocopias de DNI (Titular/Familiar)• No poseer prepagas.• Negativas de Pami y Anses.• Toda documentación deberá ser autenticada por la policía.

REQUISITOS CONVENIOS

CA.PRO.C.E TITULAR	CA.PRO.C.E FAMILIAR
<ul style="list-style-type: none">• Declaración Jurada de incorporación.• Completar declaración jurada de salud.• Análisis Clínicos.• Fotocopia de DNI.• Certificado de matrícula activa.• Certificación de que no posee cobertura de salud (prepagas de CAPROCE).• Negativas de Pami y Anses.• Toda documentación deberá ser autenticada por la policía.	<ul style="list-style-type: none">• Declaración Jurada de incorporación.• Completar declaración jurada de salud.• Análisis Clínicos.• Presentar documentación que acredite el vínculo.<ul style="list-style-type: none">• Cónyuge (Acta de matrimonio)• Conviviente (Registración de la unión convivencial otorgada por el Registro Provincial de la Personas o Información Sumaria de convivencia efectuada ante Juzgados Civiles)• Hijo (Partida de nacimiento)• Hijo de 21 a 28 años (Constancia de alumno regular de establecimientos terciarios o universitarios, reconocidos por el Ministerio de Educación Nacional y Provincial).• Fotocopias de DNI (Titular/Familiar)• No poseer prepagas.• Negativas de Pami y Anses.• Toda documentación deberá ser autenticada por la policía.

REQUISITOS CONVENIOS

CADEMIS TITULAR	CADEMIS FAMILIAR
<ul style="list-style-type: none">• Declaración Jurada de incorporación.• Completar declaración jurada de salud.• Análisis Clínicos.• Fotocopia de DNI.• Certificado de matrícula activa.• Certificación de que no posee cobertura de salud (prepagas de CADEMIS).• Negativas de Pami y Anses.• Toda documentación deberá ser autenticada por la policía.	<ul style="list-style-type: none">• Declaración Jurada de incorporación.• Completar declaración jurada de salud.• Análisis Clínicos.• Presentar documentación que acredite el vínculo.<ul style="list-style-type: none">• Cónyuge (Acta de matrimonio)• Conviviente (Registración de la unión convivencial otorgada por el Registro Provincial de la Personas o Información Sumaria de convivencia efectuada ante Juzgados Civiles)• Hijo (Partida de nacimiento)• Hijo de 21 a 28 años (Constancia de alumno regular de establecimientos terciarios o universitarios, reconocidos por el Ministerio de Educación Nacional y Provincial).• Fotocopias de DNI (Titular/Familiar)• No poseer prepagas.• Negativas de Pami y Anses.• Toda documentación deberá ser autenticada por la policía.

REQUISITOS CONVENIOS

CANUPROMI TITULAR	CONUORIMI FAMILIAR
<ul style="list-style-type: none">• Declaración Jurada de incorporación.• Completar declaración jurada de salud.• Análisis Clínicos.• Fotocopia de DNI.• Certificado de matrícula activa.• No poseer prepagas• Negativas de Pami y Anses.• Toda documentación deberá ser autenticada por la policía.	<ul style="list-style-type: none">• Declaración Jurada de incorporación.• Completar declaración jurada de salud.• Análisis Clínicos.• Presentar documentación que acredite el vínculo.<ul style="list-style-type: none">• Cónyuge (Acta de matrimonio)• Conviviente (Registración de la unión convivencial otorgada por el Registro Provincial de la Personas o Información Sumaria de convivencia efectuada ante Juzgados Civiles)• Hijo (Partida de nacimiento)• Hijo de 21 a 28 años (Constancia de alumno regular de establecimientos terciarios o universitarios, reconocidos por el Ministerio de Educación Nacional y Provincial).• Fotocopias de DNI (Titular/Familiar)• No poseer prepagas.• Negativas de Pami y Anses.• Toda documentación deberá ser autenticada por la policía.

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.

PERIODOS DE CARENCIA

- Consultas en consultorio: Desde la fecha de la entrega de la credencial con Coseguro. **Sin Carencia.**
- **EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO:** Rutinas y prácticas especializadas de baja complejidad desde la fecha de la credencial y con Coseguro. **Sin Carencia.**
- **Que se realizan en la Provincia:** Tomografía axial computada, ecografías, centellografías, endoscopia Diagnóstica, ecodoppler color. **Carencia de 180 Días.**
- Prácticas bioquímicas de alta complejidad como radioinmunoensayo, mapeo cromosómico, lentes intraoculares, litotricia extracorpórea por onda de choque, video laparoscopia, ginecológica terapéutica (no para el diagnóstico y tratamiento de la esterilidad), meniscectomía artroscópica, peeling con electrolisis. El Instituto podrá incluir o excluir unilateralmente prácticas de mayor complejidad de este listado de acuerdo a los avances de la medicina y lo que dicte la buena práctica médica. **Carencia de 365 Días.**

ALTA COMPLEJIDAD

En la Provincia:

Pediatría clínica y quirúrgica de alta complejidad no comprendida en el Plan Materno Infantil.

Neurocirugía: diagnóstico y tratamiento.

Tratamientos radiantes: CO, AC, lineal.

Hematología: prácticas de alta complejidad.

Oftalmología: incluye queratoplastia

Urología: endourología, cirugía.

Carencia de 180 Días.

Fuera de la Provincia. Por derivación previa, con Prestadores comprendidos en la nómina que no se pueden realizar en la Provincia por carencia de recursos humanos o tecnológicos.

MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Según cobertura vigente.

MATERIALES DE CONTRASTE RADIOLÓGICO

Cobertura del 50 % por reintegro o provisión directa con autorización previa de práctica. **Carencia de 90 días.**

MATERIALES RADIATIVOS

Por reintegro según valores fijados por la Comisión de Energía Atómica. **Carencia de 90 días y Cobertura 50%.**

INTERNACIÓN Y SERVICIOS OBSTÉTRICOS Cobertura 50 % a partir de los 150 días.- Cobertura 100% a partir de los 270 días.

LABORATORIO

El Afiliado Adherente podrá realizar hasta 5 determinaciones por Mes. En caso de exceder, deberá presentar Historia Clínica, e intervenir la Auditoría respectiva.

PLAN MATERNO INFANTIL Para la embarazada a partir del 3° mes de embarazo, previa presentación del certificado de embarazo.

Una (1) consulta sin cargo por mes hasta el 9° mes de embarazo.

Dos (2) ecografías sin cargo: una antes del 4° mes y otra antes del 7° mes de embarazo.

Dos (2) estudios bioquímicos sin cargo:

Primero antes del 5° mes incluye: Hemograma, VSG, VDRL, Toxoplasmosis, glucemia, ácido úrico, orina completa.

Una (1) consulta odontológica sin cargo. 5-Un (1) Papanicolau y una (1) colposcopia sin cargo.

Carencia de 90 Días.

Para el recién nacido Afiliado Adherente:

- Una consulta sin cargo por mes para control, hasta el año de vida.-
- Se otorgarán sin cargo hasta 4 unidades de leche entera por mes los tres primeros meses, y hasta 3 Unidades de leche por mes del 4° al 9° inclusive.-

PSICOPATOLOGÍA:

Autorización previa de prácticas CON COSEGUROS. Psicoterapia según normas del Nomenclador Nacional, **Carencias de 180 días.**

- Cód.33.01.01: hasta 30 sesiones por año. Dos semanas.
- Cód.33.01.02: Idem. Cód.33.01.03: hasta 30 sesiones por año. Una por semana.
- Las solicitudes deben ser realizadas por médicos psiquiatras.

INTERNACIONES PSIQUIÁTRICAS Se reconocerán en procesos agudos, 10 días máximo por vez, hasta 30 días por año y por beneficiario. Excluye crónicos, alcoholismo y drogadicción. **Carencias de 180 días.**

HEMODIÁLISIS EN AGUDOS Con autorización previa exclusivamente. Con coseguro. No cubre material descartable. **Carencias de 90 días en agudos.**

KINESIOLOGÍA

- Con coseguro según reglamentación vigente, hasta 40 sesiones por Afiliado/año. Con historia clínica. Carencia de 90 días. Con solicitudes mayores de 40 sesiones, según reglamentación vigente y sin excepción con historia clínica.

ÓPTICA. Carencia 30 días.

- **CRISTALES:** SIN COSEGURO. **A partir de los 30 días** de afiliación, cobertura según normativas vigentes. En caso de usar dos anteojos (Visión lejana - Visión cercana), se reconocerá Cristales todos los años y armazones cada dos años, según normativas vigentes.
- **BIFOCALES: Carencia de 180 días.** Cobertura, según normativas legales vigentes.
- **LENTES DE CONTACTOS:** Carencias de 365 días. Normativas legales vigentes.
- **ARMAZONES: a partir de los 30 días,** cobertura según normativas legales vigentes.
- **SIN COBERTURAS:** Cristales orgánicos, foto cromáticos, de color, ultra delgado.
- **ÓPTICA PROPIA:** Carencia 30 días. Coberturas según reglamentación vigente.

ODONTOLOGÍA

- CONSULTAS. Consulta-diagnóstico. **Carencia 30 días.**

OPERATORIA DENTAL Obturación compuesta y Compleja sector anterior y posterior. Obturación en anteriores y posteriores con Composite (lámpara)
Carencias 90 días.

ENDODONCIA

- Tratamiento conducto unirradicular incluidas.
- Tratamiento conducto multirradicular incluidas.

Carencia 180 días.

PRÓTESIS

- Perno muñón.
- Corona de acrílico.
- Prótesis parcial de acrílico. Prótesis completa superior de acrílico. Prótesis completa inferior de acrílico.

Carencia 180 días.

PREVENCIÓN NORMAS GENERALES

- Detartraje y cepillado mecánico. Cepillado y aplicación de Flúor y enseñanza de cepillado (niños y jóvenes). Cariostáticos por arcada. Sellantes de fosas y fisuras.

Carencia 60 días.

TRATAMIENTO DE ORTOPEDIA De 8 a 11 años. **Carencia 180 días.**

TRATAMIENTO DE ORTODONCIA De 12 a 18 años. **Carencia 180 días.**

ODONTOPEDIATRÍA

- Consulta y motivación. Formocresol. **Carencia 60 días.**

PERIODONCIA

- Tratamiento de la Periodontitis.

RADIOLOGÍA RX periapical.

Rx PANORÁMICA TELERADIOGRAFÍA. TOMOGRAFÍA.

CIRUGÍA

- EXTRACCIÓN DENTARIA.
- Extracción pieza dentaria. Extracción pieza dentaria retenida o resto radicular con retención mucosa.
- Extracción de piezas retenidas, retención ósea.

Carencia 90 días.

DISCAPACITADOS

Arancel p/ptes CUD.100% SOBRE

ARANCELES EN CONSULTORIO.

ATENCIÓN EN QUIRÓFANO DISCAPACITADOS.

AYUDANTE DE QUIRÓFANO.

Carencia 30 días.

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 afilié.-

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 afilié.-

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: _____

PARENTERESCO 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

FORMA DE PAGO

- Los descuentos de los afiliados adherentes son por débito automático

AFILIADOS MOROSOS

- Pueden realizar transferencia abonando el total de la deuda desde la cuenta (macro) del afiliado titular a la cuenta del IPS.
- No se recomienda realizar **depósitos sujeto a verificación**, ya que demora hasta 24hs en acreditar el pago.
- No se permite otros medios de pago

SOLICITUD DE BAJA

El afiliado titular debe presentar nota de baja o formulario de baja



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

.....
ACLARACION

SELLO