



SOLICITUD DE INCORPORACION DE AFILIADOS VOLUNTARIOS

RESOLUCIÓN 236/00

ALTA AFILIADO TITULAR	BAJA TITULAR	
-----------------------	--------------	--

MODIFICACIÓN TITULAR	BAJA PARCIAL TITULAR	
----------------------	----------------------	--

DATOS DEL TITULAR

CAR.	JURIS.	UN.OR.	FINA.	FUNC.	DCIA.	ESC.	

TIPO DE DOCUMENTO

D.N.I.	1	
L.E.	2	
L.C.	3	

Nº DOCUMENTO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

APELLIDO Y NOMBRES TITULAR OBLIGATORIO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

APELLIDO Y NOMBRES DEL POSTULANTE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NACIONALIDAD

SEXO		ARGENTINA	1	
MASCULINO	1	NATURALIZADO	2	
FEMENINO	2	EXTRANJERO	3	

FECHA DE NACIMIENTO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DOMICILIO - CALLE - Nº - PISO - DPTO. -

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nº DOCUMENTO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ESTADO CIVIL

SOLTERO	DIVORCIADO	
CASADO	VIUDO	
SEPARADO	CONCUBINO/A	

COD. POSTAL

--	--	--	--	--

CÓDIGO LOCALIDAD

--	--	--	--	--

POSEE OTRA

SI	NO	
----	----	--

PERÍODO DE CARENIA PARA INGRESO DE AFILIADOS VOLUNTARIOS

- > **30 días.** **A/C Obra Social**
 - Consultas en consult. y de urgencia-----70%
 - Rx. Ambulatorias-----70%
 - Análisis bioquímicos de rutina-----70%
 - Electrocardiograma – Ergometría-----70%
 - Electroencefalograma-----70%
 - PAP y Colposcopia-----70%
 - Medic. Ambulat.-----% conforme FTI
- > **90 días** **A/C Obra Social**
 - Prácticas especializadas de mediana complejidad (ye-so-estudios de cardiología-otorrinolaringología – oftalmología)-----70%
 - Radiología -----70%
 - Ecografía -----70%
 - Gastroenterología-----70%
 - Análisis bioq. de mediana complej.-----70%
 - Fonoaudiología-----70%
 - Psicopedagogía-----70%
 - Fisioterapia y kinesiología-----\$2 por sesión
 - Radiografías con contraste-----70%
 - Odontología-----70%
- > **180 días** **A/C Obra Social**
 - Cirujías de baja complejidad-----70%
 - Estudios endoscópicos del aparato digestivo-----70%
- Centellografía Cámara Gamma -----70%
- Prácticas Hematológicas -----70%
- Tratamiento mediana complejidad -----70%
- TAC -----70%
- Inter.Clinic. incluidas UTI-UC -----70% y 90% respectivamente.
- Flebología -----70%
- > **365 días** **A/C Obra Social**
 - Internac. por maternidad----- **Parto sin Cargo**
 - Cirujías de mediana complejidad -----70%
 - Oftalmología mediana compl. ----- 70% y 50%
 - R.M.N. ----- 50%
- > **540 días** **A/C Obra Social**
 - **Cirujías de alta complejidad:**
 - Angioplastia central-----50%
 - Angioplastia periférica-----50%
 - **Cirujías de cabeza y cuello:**
 - Artroscopías en general-----80% y 50%
 - Arteriografía central y periférica-----80%
 - Telecobaltoterapia----- **SIN CARGO**
- > **730 días** **A/C Obra Social**
 - **Hogares Geriátricos:**
 - 1.- Los 2 primeros meses-----80%
 - 2.- Apartir del tercer mes-----60%
- **Internaciones psiquiátricas:**
 - 1.- En pacientes agudos-----70%
 - 2.- En Instituc. públicas----- **SIN CARGO**
 - 3.- Pacientes crónicos únicamente en Instituciones públicas----- **SIN CARGO**
 - Quimioterapia-----70%
 - Cirujías de alta complejidad-----90% y 50%
 - Artroplastia-----70%
 - Cirugía cardíaca con circulación extracorpórea-----90%
 - Implante de marcapaso-----90%
 - Cirugía oftalmológica de alta complejidad-----90% y 80%
 - Planes especiales-----según F.T. IOSPER
 - Medicamentos oncológicos-----reconocer lo establecido en F.T.
 - Créditos asistenciales-----con garante afiliado obligatorio
 - Drogadependencia
- > **999 días** **A/C Obra Social**
 - Hemodiálisis----- **SIN CARGO**
 - Transplantes-----33%

AUTORIZO POR LA PRESENTE A QUE SE ME EFECTÚE EL DESCUENTO CORRESPONDIENTE POR PLANILLAS DE MIS HABERES POR LA ACEPTACIÓN DE LA INCORPORACIÓN DEL POSTULANTE DECLARADO Y EL IMPORTE ESTABLECIDO POR LA REGLAMENTACIÓN VIGENTE EN EL INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA DE ENTRE RÍOS.- ASIMISMO, HE TOMADO CONOCIMIENTO DE QUE EL PRESENTE TRÁMITE NO DA DERECHO AL USO DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS POR EL IOSPER DE ACUERDO A LOS PERÍODOS DE CARENIA DETALLADOS EN EL PRESENTE, HASTA TANTO NO SEA ACEPTADA LA INCORPORACIÓN DEL POSTULANTE Y SE CONCRETE EL DESCUENTO DE LA CUOTA EN MI RECIBO DE HABERES.-

Lugar:.....
 Fecha:.....de.....de 20.....

FIRMA DEL TITULAR

FIRMA DEL POSTULANTE

