SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE AFILIADOS VOLUNTARIOS

ALTA AFILIADO TITULAR		BAJA TITULAR	
ALTA AFILIADO ADHERENTE		BAJA ADHERENTE	
MODIFICACION TITULAR		BAJA PARCIAL TITULAR	
MODIFICACION ADHERENTE		BAJA PARCIAL ADHERENTE	

APELLIDO Y NOMBRES

D.N.I/L.C./L.E.

NACIONALIDAD

FECHA DE NACIMIENTO

SEXO: Femenino / Masculino

DOMICILIO

TELEFONO

CÓDIGO POSTAL

CÓDIGO LOCALIDAD

FECHA DE INGRESO

HOJA DE RUTA

ATOS ADHERENTE

OR	T	DOCUMENTO Nº	APELLIDO Y NOMBRES	SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	CÓD.
				F	M	DÍA	MES	AÑO		

PERÍODO DE CARENCIA 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 Colposcopía----------70%
- Medic. Ambulat.----------% conforme FTI

➢ **90 días A/C Obra Social**

- Prácticas especializadas de mediana complejidad (yeso-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.Clínic.incluídas UTI-UC ----------70% y 90% respectivamente.
- Flebología ----------70%

➢ **365 días A/C Obra Social**

- Internac.por maternidad---------- ***Parto sin Cargo***
- Cirugías de mediana complejidad ----------70%
- Oftalmología mediana compl. ------- 70% y 50%
- R.M.N. ---------- 50%

➢ **540 días A/C Obra Social**

- **<u>Cirugías de alta complejidad:</u>**
  - Angioplatía central----------50%
  - Angioplastía perisférica----------50%
- **<u>Cirugías de cabeza y cuello:</u>**
  - Artroscopías en general------80% y 50%
- Arteriografía central y periférica----------80%
- Telecobaltoterapia----------**SIN CARGO**

➢ **730 días A/C Obra Social**

- **<u>Hogares Geriátricos:</u>**
  1.- Los 2 primeros meses----------80%
  2.- Apartir del tercer mes----------60%
- **<u>Internaciones psiquiátricas:</u>**
  1.- En pacientes agudos----------70%
  2.- En Instituc. públicas----------**SIN CARGO**
  3.- Pacientes crónicos únicamente en Instituciones públicas----------**SIN CARGO**
- Quimioterapia----------90% y 50%
- Cirujías de alta complejidad----------90% y 50%
- Artroplastía----------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%

Lugar:.....

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

..... FIRMA DEL TITULAR

..... FIRMA AUTORIZADA

FORM. 14-609 *(anverso)*

DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD

C1- Aparato circulatorio.-
C2- Aparato respiratorio.-
C3- Aparato digestivo.-
C4- Sistema uro-genital.-
C5- Sistema nervioso.-
C6- Sanguíneas y linfáticas.-
C7- Óseas y musculares.-
C8- De los sentidos.-
C9- Endocrinas.-
C10-Psiquiátricas.-
C11- Otras.-

CÓDIGO DE PARENTESCO: Titular "00"; Conyuge "01"; Familiares a cargo "02 al 10"; Adherentes Secundarios "11" en adelante.-

Nº Documento Beneficiario	Cod. Parentesco	Cod. Patolog.	Descripción de la Patología por Beneficiario
MEDICAMENTOS DE USO HABITUAL POR BENEFICIARIO			

Sobre la base de la declaración jurada, el I.O.S.P.E.R. se reserva el derecho de aceptar o no la solicitud de admisión; en caso de hacerlo no cubrirá las enfermedades congénitas ni las preexistentes al ingreso, conocidas o no por el beneficiario y/o su grupo familiar, hubieran sido o no declaradas precedentemente ni sus complicaciones y/u otras enfermedades que resulten agravadas o complicadas.-

El suscripto declara bajo juramento que la información suministrada precedentemente es auténtica y toma conocimiento de cualquier falsedad, omisión o inexactitud en la misma, deliberada o no, invadilará el contrato, sin perjuicio del derecho del I.O.S.P.E.R. a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción y de las acciones civiles y sanciones penales que pudieren corresponder.-

La atención médica que requiera el afiliado como consecuencia de un accidente en el que exista tercero responsable acarreará la obligación por parte del beneficiario para subrogar al I.O.S.P.E.R. en los derechos y acciones que le correspondan contra el causante del siniestro, hasta el límite del gasto a cargo del I.O.S.P.E.R. por las prestaciones médico-asistenciales dadas con motivo del accidente.-

……
Firma del titular

Certifico que los datos de salud/enfermedad consignados en la presente, fueron corroborados de la siguiente forma:

◯ Exámen clínico de cada uno de los integrantes del grupo familiar.-

◯ A través de prácticas de diagnóstico y/o tratamiento.-

(Marcar con una cruz (x) lo que corresponda)

……
Firma y sello del profesional

PARA USO INTERNO:

OBSERVACIONES:.....

.....

.....

Fecha:.....de.....de 20.....-

FORM-14-609 (reverso)

……
Firma y sello del Médico Auditor