amffa Salud

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Promotor _____ Nro. de socio _____ ☐ **Plan Regional** ☐ **Plan Integral** ☐ Activo ☐ Adherente ☐ c/ Derivación

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE TÍTULAR

1 Apellido: _____ Nombre: _____ Sexo: F ○ M ○

CUIL/CUIT: _____ Tipo de doc.: _____ Nro.: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Estado civil: ○ Casado/a ○ Soltero/a ○ Divorciado/a ○ Viudo/a ○ Unión convivencial (concubinato)

Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Depto.: _____

Localidad: _____ Código postal: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Facebook: _____ Instagram: _____

Cobertura de salud actual: _____ ¿Piensa mantenerla? SI ○ NO ○ ¿Ha sido usted socio de AMFFA?: _____

Acepto recibir en la dirección de correo electrónico informada todas las comunicaciones administrativas emitidas por AMFFA Salud, como el envío de la facturación, notificaciones sobre modificaciones en la cuota mensual, novedades, etc. independientemente del uso de otros medios como el domicilio de correspondencia y/o teléfonos celulares. Los datos de contacto tendrán validez hasta tanto comunique cambios a través de los canales habilitados.

DATOS LABORALES

Profesión: _____ N° de matrícula: _____ Puesto de trabajo: _____

Empresa: _____ Domicilio laboral: _____

Enviar correspondencia: ○ Domicilio particular ○ Domicilio laboral Otro: _____

Colegio de Farm. Filial: _____

IDENTIFICACIÓN DE LOS SOLICITANTES FAMILIARES

2 Apellido: _____ Nombre: _____ Sexo: F ○ M ○

Nacionalidad: _____ DNI/CUIT: _____ Ocupación: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Parentesco: _____ E-mail: _____

Celular: _____ Facebook: _____ Instagram: _____

3 Apellido: _____ Nombre: _____ Sexo: F ○ M ○

Nacionalidad: _____ DNI/CUIT: _____ Ocupación: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Parentesco: _____ E-mail: _____

Celular: _____ Facebook: _____ Instagram: _____

4 Apellido: _____ Nombre: _____ Sexo: F ○ M ○

Nacionalidad: _____ DNI/CUIT: _____ Ocupación: _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Parentesco: _____ E-mail: _____

Celular: _____ Facebook: _____ Instagram: _____

amffa Salud

FORMAS DE PAGO

Débito directo en cuenta (CBU): ◯ Caja de ahorro ◯ Cuenta corriente N° de cuenta: _____ Banco: _____

Apellido y nombre - Título de cuenta: _____ CBU: _____

Tarjeta de crédito: ◯ VISA ◯ MASTERCARD Número de tarjeta: _____ Vencimiento (MM-AA): _____

Firma titular CBU/ Tarjeta de crédito.....

Aclaración y DNI.....

Colegio de Farm. Filial: _____ Otro ◯ (Rapipago/Pagomiscuentas.com/Povincia Net)

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN EN CUENTA PARA COBRO DE REINTEGROS (Sólo para PLAN INTEGRAL)

◯ Transferencia (CBU) ◯ Acreditación en Cuenta Corriente de salud

◯ Caja de ahorro ◯ Cuenta corriente N° de cuenta: _____ Banco: _____

Apellido y nombre - Título de cuenta: _____ CBU: _____

Los datos aportados forman parte de un banco de datos de AMFFA Salud, Diag. 75 n° 350, La Plata y serán tratados para brindar servicio a los asociados. El titular de los datos personales no se encuentra obligado a proporcionar datos sensibles. Asimismo, el titular se responsabiliza por la exactitud de los datos proporcionados. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho a acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a 6 meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la ley N° 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, órgano de control de la ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales. Declaro que he tomado conocimiento y en consecuencia acepto las condiciones generales obrantes al dorso o adjuntas a la presente solicitud de afiliación y a las normas generales contenidas en la cartilla de prestadores del plan de servicio elegido. Declaro bajo juramento que los datos que constan en esta solicitud de afiliación -en que comprende los antecedentes de salud - son verdaderos y que la consecuencia de no proporcionarlos correctamente corre por cuenta de quien suscribe.

....

LUGAR Y FECHA DE PRESENTACIÓN FIRMA Y ACLARACIÓN DEL SOLICITANTE

amffa Salud

2 - DECLARACIÓN JURADA DE ANTECEDENTES DE SALUD

Socio titular:

Peso:.....Altura:.....

1- ¿Padece enfermedades congénitas o heredetarias? ○ No ○ Si
¿Cuál/es?

2- ¿Sufre alergias? ○ No ○ Si
¿Cuál/es?

3- ¿Tiene dificultades en la visión? ○ No ○ Si DIOPTRÍAS OI ☐ OD ☐
¿Cuál/es?

4- ¿Tiene enfermedades de oídos? ○ No ○ Si
¿Usa audífono? ¿Desde cuándo? ¿Cuál/es?

5- ¿Padece de enfermedades odontológicas? ○ No ○ Si
¿Cuál/es?
Tratamiento:

6- ¿Sufre de alteraciones metabólicas? ○ No ○ Si
(elevación del colesterol, triglicéridos, ácido úrico, diabetes, hipotiroidismo, hipertiroidismo, otro)
¿Cuál/es? Tratamiento:

7- ¿Sufre de enfermedades de los pulmones? ○ No ○ Si
¿Cuál/es?
Tratamiento:

8- ¿Tiene colocado un marcapaso o cardiodesfibrilador? ○ No ○ Si

9- ¿Sufre enfermedades del corazón? ○ No ○ Si
¿Cuál/es?

10- ¿Sufre de alteración de la tensión arterial? ○ No ○ Si
○ TA baja, hipotensión ○ TA, hipertensión

11- ¿Sufre enfermedades digestivas o de hígado? ○ No ○ Si
(gastritis, úlcera, diarreas, hepatitis, otro)
¿Cuál/es? Tratamiento:

12- ¿Actualmente está en tratamiento? ○ No ○ Si Diagnóstico.....
○ psicológico ○ psiquiátrico
Cantidad de sesiones mensuales:

13- ¿Posee antecedentes de cirugía? Especifique ○ No ○ Si Detalle:.....
Posee: ○ prótesis ○ malla
Fecha: Diagnóstico:

14- ¿Tiene antecedentes de internaciones clínicas? ○ No ○ Si
Fecha:
Motivo:

15- ¿Se encuentra realizando algún tratamiento? ○ No ○ Si
(fonoaudiología, psicomostricidad, kinesiología, terapia ocupacional, nutrición, otros)
¿Cuál/es? Diagnóstico:

16- ¿Padece o padeció adicción? (drogas, alcogol, etc.) ○ No ○ Si
¿Cuál/es? ¿Estuvo o está en tratamiento?
Fecha de tratamiento:

17- ¿Tiene, tuvo o está tramitando un certificado de discapacidad? ○ No ○ Si
Fecha de vigencia (desde y hasta) del certificado:

18- ¿Padece enfermedad crónica? ○ No ○ Si
¿Cuál/es?
Tratamiento:

amffa Salud

Socio titular:

19- ¿Sufre de cefaleas, temblores, convulsiones, pérdida de conocimiento u otra enfermedad neurológica?
¿Cuál/es? Tratamiento:
○ No ○ Si
.....
.....

20- ¿Tiene problemas osteomusculares como artritis, artrosis, lumbalgia, luxación, tendinitis, enfermedades reumáticas, fracturas óseas, otros?
¿Cuál/es? Tratamiento:
○ No ○ Si
.....
.....

21- ¿Padece enfermedades de la piel?
¿Cuál/es?
○ No ○ Si
.....

22- ¿Padece de enfermedades renales/urológicas?
(cólico renal, infecciones de orina, orina en sangre, problemas de próstata)
¿Cuál/es? Tratamiento:
○ No ○ Si
.....
.....

23- ¿Padece de esterilidad/infertilidad?
○ No ○ Si

24- ¿Está embarazada?
Fecha de última menstruación:
¿Toma anticonceptivos? ¿Cuál?
○ No ○ Si
.....
.....

25- ¿Presenta problemas ginecológicos y/o mamarios?
Fecha de última revisión ginecológica
○ No ○ Si
.....

26- ¿Padece o padeció alguna patología aparte de las mencionadas en los puntos anteriores?
¿Cuál/es?
Tratamiento:
○ No ○ Si
.....
.....
.....

27- ¿Usted fuma? (indicar cantidad diaria de crigarillos)
○ No ○ Si Cantidad diaria:.....

28- ¿Toma algun medicamento?
¿Desde cuándo los toma?
○ No ○ Si Especifique:.....
.....

29- ¿Usted ha tomado medicamentos indicados por el médico durante el último año de forma permanente?
Mencione cuales y el motivo
○ No ○ Si
.....
.....

Declaro bajo juramento que en la presente informé la totalidad de mis antecedentes de salud y/o de cada uno de los integrantes de mi grupo familiar, no habiendo omitido dato alguno, estando por lo tanto AMFFA Salud facultado para resolver el vínculo en el caso de falsedad en los términos del Dec. Reg. 1993/11 art. 9, inc. b), el que también declaro conocer.

....

LUGAR Y FECHA DE PRESENTACIÓN FIRMA Y ACLARACIÓN SOCIO TITULAR

amffa Salud

CONDICIONES GENERALES DE CONTRATACIÓN

Este instrumento contiene las condiciones generales de contratación de la Asociación Mutual de Farmacéuticos Florentino Ameghino (en adelante AMFFA Salud), a los efectos de regular la relación contractual con el solicitante y se encuentra complementado por las normas particulares de cobertura para los planes INTEGRAL y REGIONAL establecidas en la documentación que se adjunta y por los documentos enumerados en el apartado 1 de las presentes condiciones.

1. Condiciones de Ingreso. Las personas interesadas en ingresar a AMFFA Salud, deberán completar íntegramente y suscribir la documentación solicitada, siendo necesaria la presentación de: (1) solicitud de ingreso con la ficha de datos personales y declaración jurada de salud que forma parte integrante de las presentes condiciones, debidamente firmada; (2) copia de documento nacional de identidad. El interesado solicitante es personalmente responsable por la información suministrada en su declaración jurada, como así también por la correspondiente a cada uno de los integrantes de su grupo familiar. A tales fines la solicitud se considera unitaria y la falsedad y/o falta de correspondencia y/o verosimilitud entre lo declarado e informado y lo efectivamente acreditado por uno u algunos de los integrantes del grupo, generará sin más el derecho resolutorio que establece la normativa vigente. La veracidad, exactitud e integridad de la información suministrada son condiciones fundamentales y esenciales para la presente contratación, tenidas especialmente en cuenta por AMFFA Salud al momento de perfeccionar la relación. En consecuencia, la inexactitud, falacia o divergencia con la realidad de la información suministrada por el solicitante en dicha/s declaración/es generará sin más la facultad de resolver el contrato por exclusiva culpa del solicitante o afiliado, debiendo tan sólo notificarse en forma fehaciente la voluntad en tal sentido.

2. Perfeccionamiento del Contrato. El perfeccionamiento del contrato se considerará efectuado solamente cuando la solicitud sea aprobada expresamente por AMFFA Salud, ya sea, mediante la entrega de las credenciales respectivas, o bien mediante comunicación expresa en tal sentido. En cualquiera de los casos, el afiliado deberá ingresar inmediatamente el pago de la cuota correspondiente al mes de ingreso. En estos supuestos, una vez perfeccionado el contrato, el solicitante podrá revocar en el plazo de 10 días de conformidad a lo dispuesto en el art. 34, Ley N°. 24.240. El afiliado deberá permanecer como mínimo 12 meses consecutivos en un plan para poder solicitar el cambio a un plan diferente.

3. Cobertura. Territorio. El PLAN INTEGRAL otorgará cobertura a los afiliados en todo el territorio nacional mientras que el PLAN REGIONAL otorgará cobertura a los afiliados en la Provincia de Buenos Aires (PBA), excluyendo la atención fuera del ámbito provincial. La derivación para la atención fuera de los límites establecidos precedentemente, será en casos excepcionales y con expresa autorización de AMFFA Salud, para prestaciones comprendidas en el P.M.O. y que no se realicen en territorio expresado. Cualquier otra prestación fuera del ámbito geográfico delimitado está excluida.
La cobertura de ambos planes será de acuerdo a las normas contenidas en las normas particulares correspondientes a cada Plan, a través de la cartilla de prestadores y profesionales adheridos detallados en nuestra página web (www.amffa.com.ar). AMFFA Salud podrá modificar parcialmente la nómina de prestadores y de prestaciones en su cartilla, siempre que no se modifique el contenido prestacional de la cobertura y sin que el cambio altere el objeto del servicio o pudiere significar una disminución cualitativa respecto del servicio contratado oportunamente.

4. Cuotas mensuales. (1) Mora. El afiliado deberá pagar la cuota por mes adelantado. El pago mensual de las cuotas deberá realizarse por cualquier medio de pago electrónico vigente y en el caso de asociados farmacéuticos, la cuota podrá ser descontada a través de las liquidaciones de obra sociales del Colegio de Farmacéuticos. Se define como mora la falta de pago de la cuota del mes en curso, a partir de la fecha de vencimiento de la factura. (2) Reserva. AMFFA Salud se reserva el derecho de modificar los valores de las cuotas relativas al Plan, sin afectar el equilibrio en la relación entre las partes, previa autorización de la Superintendencia de Servicios de Salud, en su carácter de Autoridad de Aplicación de la Ley 26.682 (arts. 5, inciso g y 17), cuando tal modificación obedezca a variaciones en la estructura de costos y cálculo actuarial de riesgos. Toda modificación será informada con una antelación no inferior a 30 días al afiliado, y éste último, en caso de no aceptarla, podrá rescindir sin costo el contrato. Asimismo, AMFFA Salud se reserva el derecho a modificar los valores de las cuotas de cada plan en función de la cantidad de integrantes del grupo y de la edad de los mismos, estableciendo valores diferenciados según grupo etario.

5. Resolución. Son causales de resolución, además de las expresamente previstas en la ley, las siguientes: (1) Cuando el asociado incurra en mora por el término de tres cuotas consecutivas. La falta de pago de tres (3) cuotas consecutivas, será causal de resolución del contrato en forma automática, previa notificación fehaciente por el plazo de ley y sin necesidad de interpelación judicial o extrajudicial alguna. Dicha baja no extingue las deudas que el asociado mantenga con AMFFA Salud, quedando reservado el derecho a exigir su pago. En caso de que el titular, cuyo contrato haya sido resuelto de conformidad con lo manifestado precedentemente y pretenda reincorporarse, deberá previa cancelación de la deuda pendiente cumplir con las condiciones vigentes para los nuevos solicitantes. A tal fin deberá presentar la documentación correspondiente, la que quedará sujeta a la aprobación por parte de AMFFA Salud, aplicándose en tales casos todo lo previsto en el apartado 1) del presente. (2) Cuando el afiliado haya falseado la declaración jurada, AMFFA Salud podrá rescindir en forma inmediata el presente contrato mediante notificación fehaciente.

6. Subrogación. AMFFA Salud quedará automáticamente subrogada en todos los derechos del asociado contra los terceros por cuya acción u omisión éste último haya sufrido lesiones que motiven la prestación de los servicios contratados. En tal caso el asociado estará obligado a prestar a AMFFA Salud toda la información y cooperación necesaria a fin de posibilitar el ejercicio de todas las acciones de que fuere titular contra dichos terceros, hasta el límite de los gastos incurridos y cubiertos por AMFFA Salud. A tal efecto, el asociado deberá otorgar las autorizaciones y poderes que fueren necesarios, y estará obligado a concurrir ante las citaciones que recibiere. El asociado responderá ante AMFFA Salud por toda acción, omisión o actitud de su parte que impida o frustre el ejercicio de la subrogación establecida en el presente.

7. Documentos que integran el contrato. (1) Solicitud de ingreso; (2) declaración jurada de salud; y (3) tríptico. Queda expresamente establecido que la incorporación como afiliado al plan elegido implica la plena aceptación de lo establecido en los documentos referidos precedentemente, que regirán las relaciones entre AMFFA Salud por un lado, y el afiliado, su grupo familiar, y las personas que a posteriori pudiesen incorporarse al mismo, por el otro, desde el momento de su perfeccionamiento y hasta la finalización de su vigencia.

8. Comunicaciones. Las notificaciones previstas en el presente podrán realizarse por cualquier medio, inclusive a través de los boletines informativos emitidos periódicamente, página web y otros medios informáticos como mails, remitidos por AMFFA Salud al afiliado. A tal fin el interesado denunció su dirección de e-mail donde recibirá todas las notificaciones cursadas por AMFFA Salud, otorgando el asociado plena conformidad al respecto. A tal fin el interesado denunció una dirección de e-mail donde se tendrán por válidas todas las notificaciones cursadas por AMFFA Salud, otorgando el asociado plena conformidad al respecto.

9. Vigencia. El presente contrato será por tiempo indeterminado y quedará perfeccionado conforme a lo previsto en el punto 2.

10. Jurisdicción. Para todos los efectos legales las partes, eligen y se someten a la jurisdicción y competencia de los Tribunales Civiles y Comerciales Ordinarios de la Ciudad de La Plata, con expresa renuncia a todo otro fuero o jurisdicción.

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL SOLICITANTE_____ DNI _____

amffa Salud

USO EXCLUSIVO PERSONAL DE AMFFA

Visto la Declaración Jurada de Salud fecha...../...../..... y SI/NO ha declarado patologías preexistentes, SE RESUELVE.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fecha.....de.....del 20

IMPORTANTE: Todos los espacios en blanco deben ser completados en forma manuscrita por el afiliado únicamente (a excepción de los espacios reservados para el personal de **AMFFA**

.....

FIRMA Y SELLO (PERSONAL DE AMFFA)