

Datos Básicos

Nº	Apellido y Nombres	Cod. Paren.	Fecha de Nac.	Edad	Estado Civil (1)	Tipo	Documento Nº	Profesión
00								
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								

Código de parentesco: T = Titular, C = Cónyuge, H = Hijo

(1) Estado Civil: S = Soltero, C = Casado, V = Viudo, D = Divorciado, Co = Concubino

Datos Adicionales

A) Domicilio Particular	Nº	Piso	Dpto.	Localidad	Cod. Post.	Provincia	Teléfono/Fax
B) Domicilio Comercial y/o profesional	Nº	Piso	Dpto.	Localidad	Cod. Post.	Provincia	Teléfono/Fax
Dirección de correo electrónico							

¿Dónde desea recibir Documentación / Información? A) B)

Nº CUIT / CUIL del titular:

Datos del Plan

Plan: Integral Platino

Socio Nº	Fecha de Ingreso
/ /	/ /

Categoría	Med. en amb.
Activo / Adherente	Si - No

Tachar lo que no corresponda

Datos del Pago

Por Débito automático	Titular	Tarjeta	Nº	Vencimiento
A través de Col./delegación	Partido	Efectivo/Cheque/Otros	Nº	Importe
A través de Depósitos Bancarios	Nº de comprobante	Importe	Pesos/Bono	

Información Adicional

¿Es Usted ex socio de otra Institución, o posee actualmente otra cobertura de salud, cuál?	
Último período pago en la última institución a la que perteneció:	
Facturas:	
Carnets:	
Antigüedad: Ingreso: / / Egreso: / /	Integrantes cubiertos:
Con carencias / Carencia especial por reintegro / Sin carencias	
¿Ha sido Usted o su grupo familiar asociado a AMFFA, cuando?	

FIRMA DEL TITULAR

Plan de Salud A.M.F.F.A. Integral

Diagrama de Prestaciones

SERVICIOS	COBERTURA	MODO DE USO	OBSERVACIONES	CARENCIA
Consultas y Visitas	100%	Con prestadores adheridos	Presentando credencial	Uso inmediato
Estudios Ambulatorios de Diagnóstico de Baja Complejidad Nomenclados (Análisis Clínicos de rutina y Rx simple)	100%	Con prestadores adheridos	Autorización previa AMFFA Central	Uso inmediato
Estudios Ambulatorios de Diagnóstico o Tratamiento de Mediana* y Alta Complejidad	70%, *100% - Cód. del N.N.: cardiología, obstetricia, neurología, oftalmología, otorrinolaringología	Con prestadores adheridos	Autorización previa AMFFA Central	30 días
Estudios preventivos: Mamografías nomencladas, ecografía ginecológica, colposcopia, PAP, PSA y ecografía de próstata (en este último caso, solo a partir de los 45 años)	100% (una x año, las subsiguientes con la cobertura habitual del 70%)	Con prestadores adheridos	Autorización previa AMFFA Central	30 días
Resonancia Nuclear Magnética y Tomografía Computada Nomenclada	100% de los valores reconocidos por AMFFA (una x año, las subsiguientes con la cob. habitual del 70%)	Con Prestadores autorizados	Autorización Previa AMFFA Central	90 días
Material descartable, material de contraste y radiactivo, para estudios ambulatorios de diagnóstico o tratamiento	100% de valores AMFFA	Por reintegro	Subsidio de hasta 3 cuotas del Plan de Salud, según normas	Según normas
Psicología	100%	Con prestadores adheridos	Autorización previa AMFFA Central. 30 sesiones x afiliado x año. Con bono especial de Psicoterapia	6 meses
Fisiokinesiología	100%	Con prestadores adheridos	Autorización previa AMFFA Central. 25 sesiones x afiliado x año	30 días
Foniatría. Fonoaudiología (nomencladas)	100%	Con prestadores adheridos	Autorización previa AMFFA Central. 25 sesiones x afiliado x año	30 días
Medicamentos Ambulatorios	40 % socios adherentes	Recetario AMFFA	Exclusivo para Socios NO Farmacéuticos	30 días
	40% socios AMFFA-CAFAR	Recetario común de prescripción médica	Exclusivo para socios AMFFA – CAFAR	Uso inmediato
	50% socios AMFFA-OSPOCE	Recetario Sifar	Exclusivo para socios AMFFA-OSPOCE	
Cobertura especial para diabéticos insulino dependientes	70% para socios activos únicamente (por reintegro)	Recetario común de prescripción médica. Con autorización previa de AMFFA Central	Presentando al inicio historia clínica completa (de la enfermedad y patologías asociadas) Según Normas.	18 meses
	100% para socios AMFFA –CAFAR (por prestación)			Uso inmediato
Radioterapia oncológica convencional	100%	Con prestadores autorizados	Autorización previa AMFFA Central	18 meses
Drogas Oncológicas en Ambulatorio	100% de los valores reconocidos por AMFFA	Provistos por AMFFA y dispensados por la Farmacia	Según Bancos de Drogas del M.S.N	18 meses
Odontología Preventiva y Odontología General	100%	Ficha Odontológica. Modalidad según la zona. Con prestadores adheridos	No requiere autorización.	30 días
Prótesis Dentales	Hasta \$ 1.650.- por año a valores reconocidos por AMFFA	Por reintegro	Recibo oficial, ficha odontológica completa y en prótesis fijas: Rx, pre y post operatorios	6 meses
Subsidio Odontológico: Ortodoncia y Ortopedia Funcional	Hasta \$ 2.100.- (a reintegrarse en tres etapas) (hasta 15 años cumplidos)	Por reintegro	Presentación de historia clínica de ortodoncia, ficha odontológica y recibo oficial	6 meses
Internación común Nomenclada	100%	Con prestadores adheridos	Autorización previa AMFFA Central. Habitación doble compartida con baño privado.	90 días
Terapia Intensiva y otras Unidades de Cuidados Especiales	100%	Con prestadores adheridos.	Autorización previa AMFFA Central	90 días
Cirugía Laparoscópica y/o Artroscópica	100% de los valores reconocidos por AMFFA	Con prestadores autorizados.	Autorización previa AMFFA Central.	90 días
Internación por parto	100%	Con prestadores adheridos.	Autorización previa AMFFA Central. Habitación doble compartida con baño privado.	10 meses
Plan Materno Infantil	100% embarazo	Chequera de PMI emitida por AMFFA. Según normas de P.M.O.	Autorización previa AMFFA Central. Presentando historia clínica al inicio del embarazo	30 días
	100% recién nacido hasta el año de vida		Nota de solicitud de PMI, más certificado de nacimiento y/o DNI	Uso inmediato
Internación Alta Complejidad Nomenclada	100%	Con prestadores adheridos.	Autorización previa AMFFA Central.	12 meses
Material descartable, radiactivo y prótesis – nacionales-	100% de valores AMFFA	Por reintegro	Subsidio de hasta 15 cuotas del Plan de Salud, según normas	12 meses
Trasplante	100% de los valores reconocidos por AMFFA	Con prestadores autorizados	Autorización previa AMFFA Central	24 meses
Tratamiento de SIDA (HIV +)	100%	Con prestadores adheridos	Autorización previa AMFFA Central	18 meses
Tratamiento de Drogadependencia	100% de valores AMFFA	Con prestadores adheridos	Autorización previa AMFFA Central	18 meses
Servicio de Emergencia Médica y atención médica a domicilio	100%	UDEC y su Red nacional de prestadores, requiriendo los servicios desde La Plata al 483-0497 y desde el resto del país al 0800-222-8332	Presentando credencial y cuota al día	Uso inmediato
Subsidio por Audífonos	Hasta 5 cuotas del Plan de Salud x cada audífono (presentación de 2 presupuestos)	Por reintegro, según normas	Subsidio	24 meses
Subsidio por Alquiler de camas ortopédicas, sillas de ruedas o colchones antiescaras	50% -hasta 3 cuotas del Plan de Salud-	Por reintegro, según normas	Subsidio	24 meses
Servicio de Sepelio	Valores fijados por ASAMBLEA	Por reintegro	Subsidio	90 días
Concurrencia en el gasto (utilizando otro sistema de Salud en 1º término)	Hasta valores AMFFA	Por reintegro, según normas		90 días
Prácticas no nomencladas en ambulatorio en Ciudad de Buenos Aires	70%	Con prestadores adheridos	Autorización previa AMFFA Central	Según normas
Cobertura de Protésis	100% Nacionales – 50% Importadas	Financiación por el resto		
Internación domiciliaria: Atención Médica, Kinesiología, Fisiatría, Enfermería, Psicología, Foniatría, Provisión de insumos	100%	Con prestadores Adheridos	Autorización previa AMFFA Central	
Cobertura de Discapacidad	100% según valores vigentes por ley	Con prestadores adheridos	Autorización previa AMFFA Central	

Nota: Toda internación será reconocida con autorización de AMFFA Central dentro de las 48 hs. de efectuadas.

Reintegros: AMFFA reconocerá exclusivamente solo los aranceles pactados con sus prestadores para todas sus Prestaciones. Material descartable y prótesis: valores tope AMFFA.

Excepciones: Hospital Austral: cobertura con co-pagos en determinadas prestaciones.

El presente Diagrama de Prestaciones podrá ser modificado por el Consejo Directivo de AMFFA, ad referéndum de la Asamblea anual ordinaria.

Opción Plan Platino: Comprende coberturas del 100% en todas las prestaciones según el Diagrama de prestaciones del Plan Integral, sin co-pagos, excepto en cobertura de medicamentos en ambulatorio para socios adherentes. (50% de descuento).

Afiliado N° _____/_____/_____

Apellido y Nombres: _____

Informe Personal:

Fecha: __/__/_____

Declaro bajo juramento respecto a problemas de salud actuales o de los últimos 10 años, que se mencionan a continuación:
(Completar en forma manuscrita: Si - No según corresponda)

Usted presenta:	Si / NO
Artrosis	
Asma	
Circulación Cerebral	
Diabetes	
Dificultad para caminar	
Dificultad para orinar	
Hemorroides	
Hepatitis	
Hernia	
Malformaciones en los pies	
Presión sanguínea alta	
Problema de ligamentos	
Problema de meniscos	
Problemas oculares	
Problema de Vesícula Hígado	
Tos frecuente	
Trastornos cardíacos	
Várices	
Tratamiento Psicológico / Psiquiátrico	
Infertilidad / Esterilidad	
Otras enfermedades	

Padeció o se operó de :	Fecha	Si / NO
Alergia		
Caderas		
Corazón		
Enfermedades de la piel		
Fracturas o luxaciones		
Gota		
Hernia		
Intestino		
Mamas		
Mareos o desmayos		
Oídos		
Próstata		
Pulmón		
Tumor		
Vesícula		
Otras enfermedades		

Estatura:
Peso:

Observaciones (aclarar tipo de patologías declaradas):.....
O

Medicamentos que toma en forma habitual:.....

Medicamentos que toma en forma esporádica:.....

Otras Aclaraciones:

Adjunto Resumen de Historia Clínica, Estudios: SI - No

Recibí conforme en este acto el Diagrama de prestaciones, los tiempos de carencia correspondientes a mi plan y la Guía de Servicios.

FIRMA DEL TITULAR

SOLICITO SER INCORPORADO EN EL PLAN INTEGRAL / PLATINO DE SU SISTEMA DE SALUD, CUYOS TERMINOS Y CONDICIONES SURGEN DEL REGLAMENTO DE PRESTACIONES APROBADO POR LAS SUCEVAS ASAMBLEAS Y TOMANDO CONOCIMIENTO DEL MISMO, ACEPTO, OBLIGÁNDOME A SU ESTRICTO CUMPLIMIENTO, ASIMISMO PRESTO CONFORMIDAD CON:

1. Que la vinculación que surja luego de la aceptación como socio por parte de AMFFA pueda ser rescindida de acuerdo al Estatuto de AMFFA, mediante notificación fehaciente y sin perjuicio de lo establecido con respecto al cese de la cobertura por incumplimiento de pago.
2. Que AMFFA no se haga cargo del tratamiento de enfermedades y/o lesiones preexistentes conocidas o no por el suscripto y familiares a cargo, salvo que hubieren sido declaradas y aceptadas mediante comunicación expresa y fehaciente por AMFFA.
3. Que el informe personal y la presente solicitud por mí suscriptos revistan el carácter de declaración jurada, y que la ocultación, reticencia u omisión de datos y circunstancias en la solicitud de ingreso, o en la información personal complementaria, respecto a enfermedades, dolencias u tratamientos y demás antecedentes suministrados por el suscripto, PROVOCARA LA ANULACIÓN DE TODA VINCULACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR, la baja instantánea consecuente y facultará a AMFFA a exigirme el reintegro actualizado y con intereses de las prestaciones efectuadas desde mi incorporación viciada por tales omisiones, con pérdida de las cuotas abonadas o devengadas.
4. Que de no mediar rechazo expreso de la presente solicitud de ingreso dentro de los 60 días corridos de la fecha de su presentación, la solicitud se considerará aceptada.
5. Efectuar el pago de las cuotas mensuales, obligándome a hacerlo en término hasta la fecha de mi renuncia y abonar las facturas que me sean emitidas por atenciones excluidas de mi cobertura.
6. Desde la fecha de vencimiento y hasta el último día del mes impago, se exigirá el pago de la cuota vencida con antelación a cualquier prestación cubierta por el Plan elegido. Dicho pago deberá serlo con más los intereses, gastos administrativos y/o de rehabilitación correspondientes. En caso de regularización, la prestación se brindará sin cargo en los rubros que correspondiere. De no producirse tal regularización, todas las prestaciones serán facturadas directamente por cada prestador al asociado según valores previstos para pacientes particulares, sin derecho a reintegro posterior.
7. El sometimiento a la decisión de los tribunales ordinarios de La Plata con prescindencia de otro fuero o jurisdicción.

Declaro que la totalidad de la información suministrada en esta solicitud de ingreso es exacta y se ajusta a la verdad.

Lugar y fecha:.....
De no mediar expreso rechazo de la presente solicitud de ingreso dentro de los 60 días corridos de la fecha de su presentación, la solicitud se considerará aceptada.

Delegación:..... Colegio de Farmacéuticos de.....

Observaciones:.....
.....

Promotor:

FIRMA DEL TITULAR

Reservado para personal Administrativo

Fecha de recepción de la solicitud:/...../.....

Solicitud aceptada: Si - No

Fecha de Ingreso en PC:/...../.....CONTROLADA: