



HEALTH MEDICAL S.A.

SOLICITUD DE INGRESO

Maipú 464 Piso 6° Oficina 611 (1006) BUENOS AIRES
Tel/fax : 011-4326-4163

e mail: info@healthmedical.com.ar

Página web : www.healthmedical.com.ar

L

Plan

LUGAR	ALTA MODIF. PASE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	FECHA DE INSCRIPCION	NUMERO DE ASOCIADO
-------	--	----------------------	--------------------

DATOS DEL ASOCIADO TITULAR (ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA SIN TACHADURAS NI RASPADURAS)

TIPO DE DOCUMENTO 1 - LE 2 - LC 3 - CI 4 - DNI	NUMERO DE DOCUMENTO	OFICINA		
CP 40	CI 01	APELLIDO Y NOMBRES		
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (F / M)	DOMICILIO - CALLE		
NUMERO	PISO	DPTO		
	EDIFICIO	LOCALIDAD		
TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	PROVINCIA		
		COD. POSTAL		
ESTADO CIVIL	S - SOLTERO/A C - CASADO/A	D - DIVORCIADO/A V - VIUDO/A	X - SEPARADO/A Z - CONCUBINATO	CONVENIO CODIGO
NOMBRE SISTEMA DE SALUD ANTERIOR		NUMERO DE ASOCIADO SISTEMA DE SALUD ANTERIOR		

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

COD. PARENT.	COD. INTEG.	APELLIDO Y NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (F / M)	TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO 1- LE 2- LC 3- CI 4- DNI 5- PASAPORTE
	02					
	03					
	04					
	05					
	06					
	07					
	08					

OBSERVACIONES

ORIGEN

IMPORTANTE

Para el reconocimiento de antigüedad, el asociado titular está obligado a presentar la documentación correspondiente, a los efectos de su evaluación por HEALTH MEDICAL S.A. Todos los datos consignados en la presente Solicitud de Ingreso tienen carácter de Declaración Jurada, siendo el Titular el responsable de la veracidad de los mismos. El suscripto declara conocer y aceptar las condiciones generales de asociación y de los servicios de atención y cobertura del plan elegido.

.....
FIRMA Y ACLARACION
PROMOTOR
CODIGO PROMOTOR.....

.....
FIRMA DEL ASOCIADO
TITULAR

(A Completar por HEALTH MEDICAL SA)

DATOS DEL PAGO

FECHA DE ANTIGÜEDAD	FECHA DE INGRESO	FIRMA AUDITOR.....	\$	IMPORTE
---------------------	------------------	--------------------	----	---------

A COMPLETAR POR EL ASesor

DECLARACION JURADA DEL SUSCRIPTOR Y DE SU GRUPO FAMILIAR

Por la presente Declaración Jurada, manifiesto haber recibido la información pertinente sobre el alcance de la cobertura que se aplica a las enfermedades o tratamientos pre-existentes.

En caso de encontrarse alguno de los integrantes de mi Grupo Familiar bajo Asistencia Médica o poseer antecedentes médicos, reconozco mi obligación de declararlo mediante la presente.

A COMPLETAR POR EL SOLICITANTE

COD. PARENT.	COD. INTEG.	DESCRIPCION Incapacidades - Enfermedades - Operaciones - Lesiones
	01	
	02	
	03	
	04	
	05	
	06	
	07	
	08	

Determinar en cada caso, fecha, tratamiento y eventuales consecuencias.

Declaro que a la fecha yo y mi grupo familiar gozamos de buena salud y que la totalidad de la información detallada en esta solicitud de ingreso es exacta.

La Dirección Médica de HEALTH MEDICAL S.A. determinará el alcance de la cobertura sobre lo declarado conforme la reglamentación general del plan.

Esta solicitud se considerará aceptada sólo mediante declaración expresa de HEALTH MEDICAL S.A. y en caso contrario, de transcurrir 30 días hábiles de su presentación, implicará su rechazo.

Dejo constancia de haber recibido el reglamento de HEALTH MEDICAL S.A. donde se detallan las condiciones generales que regulan el convenio suscripto por medio de la presente solicitud de ingreso.

En caso de demostrar error u omisión en la presente Declaración Jurada, HEALTH MEDICAL S.A. dará por anulada automáticamente la incorporación de todos los integrantes del Grupo Familiar.

IMPORTANTE: Para el llenado de la presente no se debe usar papel carbónico, debe ser hecho de puño y letra del asociado.

.....
Firma y Aclaración del Titular ó Cónyuge

PAUTAS GENERALES DE CONTRATACION

CONSIDERACIONES PREVIAS: 1º) Las pautas que se establecen en el presente, así como las condiciones particulares de cada Plan elegido del sistema HEALTH MEDICAL S.A., con las ampliaciones, modificaciones o limitaciones que HEALTH MEDICAL S.A. pudiera introducirles en el futuro, determinan los derechos y obligaciones de los Asociados de cada Plan de HEALTH MEDICAL S.A. 2º) La presente solicitud de Asociación y los antecedentes de Salud que informa el Asociado revisten carácter de DECLARACION JURADA, por consiguiente cualquier falsedad conllevará las sanciones que se establecen en este Contrato.

CONDICIONES DE ASOCIACION: 1º) La condición de Asociado titular o familiar se adquiere solamente a partir del momento en que HEALTH MEDICAL S.A. acepta la solicitud de inscripción, notificada en forma expresa por la Empresa. 2º) El Asociado titular podrá incorporar su grupo familiar primario con derecho a las prestaciones en las mismas condiciones que éste, debiendo completar la correspondiente solicitud en la que figuren los datos del familiar a incorporar. 3º) Una vez recibida la notificación de ALTA en el Plan elegido, deberá abonar la cuota mensual de dicho Plan dentro de los cinco días de recibida la notificación. En caso de haber abonado la primera cuota ad referendum de la aprobación de asociación, se tendrá por firme dicho pago y por cancelada la primera cuota. En el supuesto de que su solicitud no fuese aprobada por las causales legalmente aceptadas y haya abonado la primera cuota ad referendum, sólo tendrá derecho al reintegro de dicho pago. 4º) Al cumplir los 50 años de edad, el Asociado pasará automáticamente a la categoría de Asociado mayor de 50 años, reservándose HEALTH MEDICAL S.A. la facultad de incrementar la cuota mensual conforme a los valores vigentes a la fecha del cambio, toda vez que se trata de un Plan Especial dividido en 4 categorías: de 50 a 60 años, de 60 a 65 años, de 65 a 70 años y de 70 a 75 años. Para acceder a las prestaciones del Plan Mayores, deberá en primer lugar tener la cuota al día, transcurrido el primer mes de mora se procederá a la baja del asociado. 5º) Las cuotas deberán abonarse por mes adelantado, hasta la fecha de vencimiento indicada en la factura correspondiente. 6º) El ASOCIADO deberá abonar sus cuotas con las facturas mensuales, en cualquiera de las oficinas autorizadas para el cobro de las mismas. 7º) HEALTH MEDICAL S.A. se reserva el derecho a modificar el monto de las cuotas de acuerdo a las variaciones que se produzcan en los costos de atención médica y/o sanatorial, de los medicamentos y otros rubros, de conformidad con la normativa legal en vigencia. 8º) El atraso en el pago de las cuotas dará derecho a HEALTH MEDICAL S.A. a cobrar cargos por mora, con más los intereses de descuento de documentos comerciales, y los gastos administrativos correspondientes. 9º) En estado de mora el Asociado y su grupo familiar no podrán utilizar los servicios a que tuvieran derecho normalmente, hasta no abonar la deuda contraída. 10º) La mora en todos los casos se producirá de pleno derecho por el solo vencimiento de los plazos, sin necesidad de intimación previa de ninguna naturaleza. 11º) Cuando un hijo, miembro dependiente del grupo familiar, contrae matrimonio (circunstancia ésta que es obligatorio denunciar) automáticamente será dado de baja a partir del primer día del mes en que se produzca el casamiento. Podrá constituir un nuevo grupo familiar sin cambiar su situación personal respecto a los tiempos de espera si se asocia dentro de los treinta días posteriores a su casamiento. 12º) En caso de que el Asociado determinase utilizar prestaciones y/o servicios excluidos en el presente Contrato deberá abonar, en forma previa, los valores que HEALTH MEDICAL S.A. determine y le informe. Para ello HEALTH MEDICAL S.A. entregará por escrito, a requerimiento del Asociado, los valores de las prestaciones que se soliciten.

CAMBIO DE CATEGORIAS DENTRO DEL SISTEMA:

De acuerdo con el plan asistencial elegido, el asociado declara conocer que HEALTH MEDICAL S.A. ha establecido un sistema escalonado de categorías y sus correspondientes valores de cuotas mensuales sobre la base de subsidiar en forma parcial a los valores fijados para las alícuotas correspondientes, aplicándose el mismo conforme la menor edad de los asociados. En efecto, queda establecido que se producirá en forma automática cambio de categoría y modificación de la cuota mensual la que se incrementará a partir de la fecha en que el asociado titular y/o cualquier integrante de su grupo familiar (tomando como parámetro el individuo de mayor edad de dicho grupo familiar incluido el asociado titular), cumpliere 30, 45, 50, 55, 60, 65, 70 o 75 años de edad. Se deja establecido que el cambio de categoría por edad se producirá según el plan elegido y tendrán efecto por períodos nunca inferiores a cinco (5) años. En el caso de que un integrante del grupo familiar siendo asociado no titular, cumpliere 21 años sin acreditar condición de estudiante regular, o de 25 años para el caso que hubiese acreditado su condición de estudiante en forma regular, será dado de baja del sistema como tal, pudiendo incorporarse como asociado titular, con la fijación de la categoría y cuota mensual correspondiente a su edad.

A los fines del establecimiento de los parámetros adecuados, se establece el siguiente cronograma correspondiente al cambio de categoría y valor de cuota conforme el contenido de la presente cláusula:

	Categoría 30 años	Categoría 45 años	Categoría 50 años	Categoría 55 años	Categoría 60 años	Categoría 65 años	Categoría 70 años	Categoría 75 años
Incremento sobre cuota inicial	12,00 %	23,00%	28,00 %	35,00 %	42,00 %	48,00 %	56,00 %	60,00 %
Cálculo cuota inicial base \$100,00	\$-112,00	\$-123,00	\$-128,00	\$-135,00	\$-142,00	\$-148,00	\$156,00	\$160-00
Firma del asociado titular reconociendo expresamente la notificación de esta tabla								

Se deja establecido que HEALTH MEDICAL S.A. tiene el derecho de aplicar sobre el valor de cada alícuota establecida la bonificación especial que interprete conveniente y procedente en razón de la antigüedad ininterrumpida del asociado titular en el sistema.

HEALTH MEDICAL S.A., en carácter recordatorio y con treinta (30) días de anticipación, informará al asociado titular la modificación de categoría y nuevo importe de cuota mensual del sistema.

Se ratifica que la modificación de categoría y la respectiva cuota mensual en razón de la edad de los asociados y su grupo familiar están relacionadas directamente con una política integral de estudios realizados en base al cual se ha dispuesto equilibrar subsidiando los valores previstos para los asociados de menor edad, facilitando el acceso al plan de salud elegido para todos los estamentos sociales.

El asociado titular suscribe la presente cláusula en forma especial, aceptando su contenido, dejándose aclarado que el asociado que no se encuentre conforme con el cambio de categoría en razón de la edad del mayor integrante de su grupo familiar, podrá rescindir la vinculación en la forma dispuesta para la renuncia, no sufriendo modificación alguna la categoría ni el valor de la cuota existente, si dicha opción es ejercida por el asociado titular dentro del plazo de notificación previa antes indicado.-

El asociado titular presta expresa conformidad al contenido de la presente cláusula, la cual se considera indispensable y principal condición para la aplicación de la presente solicitud, firmando al pie del presente.-

Declaro conocer y aceptar en forma íntegra el contenido de la cláusula denominada CAMBIOS DE CATEGORIA DENTRO DEL SISTEMA	_____	_____
	Firma	Aclaración

SERVICIOS CUBIERTOS A ASOCIADOS-TIEMPOS DE ESPERA: Tiempo de espera es el lapso durante el cual el Asociado no podrá utilizar los servicios que se indiquen en el Plan correspondiente, salvo que decida utilizar la facilidad que brinda el acápite 11º) de las "Condiciones de Asociación".

HEALTH MEDICAL S.A.

CUADRO DE SERVICIOS y TIEMPOS DE ESPERA	TIEMPOS DE ESPERA
BENEFICIOS	
Consultas médicas en consultorio o domicilio	sin espera
Análisis de rutina, prácticas médicas de rutina que no requieran autorización previa.	sin espera
Farmacia (en ambulatorio).	sin espera
Urgencias traumáticas	sin espera
Patologías agudas (no preexistentes), incluyendo la internación si fuese necesario, ej. accidente cerebro vascular	sin espera
Odontología: Odontología General	
Ortodoncia, un tratamiento por persona (para menores de 8 años inclusive)	sin espera
Tratamientos afines: fonoaudiología, foniatría, kinesiología, fisioterapia, y otros	sin espera
Ambulancia: Servicio de Traslado (por pedido médico)	sin espera
Salud Mental: Consultas	sin espera
Optica: Descuento en armazones y lentes	sin espera
Turismo – Camping – Recreos.	sin espera
Asesoría jurídica.	sin espera
Psicopatología y el resto de las prácticas diagnósticas o médicas que deriven de patologías no agudas (ej.: TAC, RNM, etc.).	sin espera
Grandes accidentados	sin espera
Cirugías ambulatorias, internaciones clínicas, quirúrgicas, de diagnóstico y/o psiquiátricas, programadas.	sin espera
Internación en habitación compartida o individual (de acuerdo al PLAN).	sin espera
Internación en Terapia Intensiva y Unidad Coronaria.	sin espera
Medicamentos en Internación.	sin espera
Materiales Descartables en Internación.	sin espera
Internación Psiquiátrica	sin espera
Estrabismo	sin espera
Internación por maternidad, prácticas y/o exámenes complementarios de diagnóstico y/o terapéuticas relacionadas con la gestación y atención del recién nacido patológico.	sin espera
Tratamientos de quimioterapia, en los casos en que el diagnóstico sea posterior a la incorporación a HEALTH MEDICAL S.A.	sin espera
Radioterapia, cobaltoterapia, acelerador lineal, en los casos en que el diagnóstico sea posterior a la incorporación a HEALTH MEDICAL S.A.	sin espera
Cirugía cardiovascular, angioplastia transluminal coronaria y/o periférica.	sin espera
Patologías preexistentes al ingreso, expresamente declaradas por el Asociado y aceptadas por HEALTH MEDICAL S.A. Cirugía endovascular, cateterismos, prácticas y/o exámenes complementarios de diagnóstico y/o terapéuticas relacionadas con tales prestaciones. Hemodiálisis, en los supuestos que su prescripción o necesidad sea sobreviniente o posterior a la incorporación a HEALTH MEDICAL S.A.	sin espera
EXCLUSIONES: Se encuentran totalmente excluidas de cobertura por parte de los planes de HEALTH MEDICAL S.A.:	sin espera

Exceso de gastos con relación a las coberturas establecidas por el plan elegido.
 Gastos diversos: dentro de este rubro HEALTH MEDICAL S.A. no reconocerá en ningún caso los gastos provenientes de la atención de afecciones, internaciones y/o gastos médicos o de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sean consecuencia de:
 Enfermedades preexistentes y/o congénitas conocidas o no por el Asociado, excepto que hubiesen sido declaradas y aceptadas en forma fehaciente por parte de HEALTH MEDICAL S.A. Las enfermedades congénitas de los hijos nacidos dentro de la cobertura de los Planes de HEALTH MEDICAL S.A. , estarán cubiertas en las condiciones habituales para cada Plan,
 Toxicomanía e intoxicaciones autoprovocadas. Tratamiento de lesiones provocadas voluntariamente por el Asociado.
 Tratamientos homeopáticos, acupuntura, quiropraxia. Cualquier práctica, tratamiento u operación que se halle en etapa experimental, es decir no reconocida por instituciones oficiales o científicas internacionales, aunque fuera realizada por médico habilitado. Subsidio por discapacidad. Estudios y/o tratamientos de la esterilidad, cirugías rituales. Operaciones de cirugía plástica o estética: de acuerdo a lo previsto en cada Plan, salvo la inmediata o inicial que pudiera ser necesaria a raíz de un accidente, independientemente que el fin pudiera ser reparador o tuviera indicación médica. Gastos originados por la acción directa del Asociado (ej.: destrucción de yeso). Gastos extra (dentro o fuera de internación) no relacionados con la atención médica del paciente, como comunicaciones telefónicas, bebidas, TV, acompañantes, etc. Provisión de medios de contraste, sondas especiales, cánulas en general y de cualquier elemento descartable de uso exclusivo del paciente ambulatorio. Gastos de material radioactivo. Cama ortopédica, silla de ruedas, marcapasos, material de osteosíntesis, los materiales descartables para diagnóstico por prácticas cardiovasculares (catéteres, etc.), salvo los expresamente reconocidos en cada Plan. Internación por enfermedades crónicas, seniles, curas de adelgazamiento, de rejuvenecimiento, de reposo, de sueño, hidroterapia. Tratamiento esclerosante (salvo en el Plan que lo incluya). Implante y/o transplante de tejidos u órganos; estudios de histocompatibilidad. Internaciones para efectuar exámenes complementarios, estudios y/o tratamientos médicos y quirúrgicos que a criterio de HEALTH MEDICAL S.A. puedan efectuarse en forma ambulatoria. Internación para el tratamiento de enfermedades y/o lesiones no cubiertas por el PLAN MEDICO OBLIGATORIO. Internaciones posteriores al alta médica.

CAUSALES DE RESCISIÓN-PROCEDIMIENTO: 1º) Los usuarios pueden rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a la otra parte con treinta (30) días de anticipación. 2º) El Asociado deberá restituir en forma inmediata su credencial y la de los Asociados dependientes respectivos. 3º) HEALTH MEDICAL S.A. podrá rescindir el CONTRATO de ASOCIACION por las siguientes causas: 3.1.) Falsa declaración, ocultación, reticencia u omisión culpable de circunstancias o antecedentes médicos relativos al titular o a sus dependientes; 3.2.) Falta de pago en término de tres cuotas mensuales; 3.3.) La no denuncia en tiempo oportuno del extravío de la credencial, en el caso de que ésta fuese utilizada por terceros antes de la denuncia; 3.4.) La utilización del servicio de HEALTH MEDICAL S.A. hallándose en mora en el pago de la cuota mensual; 3.5.) Cuando no se abonasen en término prestaciones no cubiertas y/o excedentes en los toques del Plan que corresponda; 3.6.) Cuando se facilitase y/o permitiese el uso de la credencial a terceros. 4º) En todos los casos previstos en el acápite 3º, HEALTH MEDICAL S.A. podrá, a los 30 (treinta) días, suspender la prestación de servicios en forma transitoria y dejará de ser efectiva desde el momento en que desaparezcan las causales que la motivaron y que merezcan la aprobación de la Gerencia de HEALTH MEDICAL S.A.

OBLIGACIONES DEL ASOCIADO: 1º) El Asociado titular asume ante HEALTH MEDICAL S.A. la representación de todos los integrantes de su grupo familiar, en el que quedan incluidos los Asociados adicionales y se hace responsable del cumplimiento de las normas establecidas en este Contrato y de las normas y procedimientos que se le comuniquen, tanto por su parte como por la de los integrantes de su grupo familiar. 2º) Es obligación del Asociado comunicar por escrito en forma fehaciente -dentro de los 30 días en la sede de HEALTH MEDICAL S.A. - cualquier cambio de domicilio o teléfono. De no hacerlo, se considerará válida toda comunicación que fuera enviada al domicilio indicado originalmente. 3º) Es obligación del Asociado comunicar a HEALTH MEDICAL S.A. en forma fehaciente y en igual término de tiempo toda modificación que se produzca en la constitución del grupo familiar (fallecimientos, nacimientos, casamientos, mayoría de edad de los hijos o cuando un miembro cumpla 50 años). 4º) En caso de accidente imputable a terceros, el Asociado se obliga a ceder a HEALTH MEDICAL S.A. todos los derechos y acciones que pudieran corresponder para que ésta accione hasta obtener el reintegro de todas y cada una de las sumas que hubiera debido abonar por la atención médica y odontológica que le hubiera prestado. 5º) El Asociado deberá presentar, en forma previa, a los miembros del cuerpo médico o auxiliar de HEALTH MEDICAL S.A. , su credencial como requisito esencial para obtener los beneficios. HEALTH MEDICAL S.A. se compromete a brindar las prestaciones establecidas del plan por el asociado, considerando las previsiones de la ley 26682.

Pevia lectura, el Asociado titular declara conocer y se compromete a observar el presente Contrato en todas sus partes y se responsabiliza por sí y por su grupo familiar por el uso indebido de servicios, reconociendo haber recibido por separado la cartilla de prestaciones del Plan elegido, lista de prestadores, valores vigentes y folletos ampliatorios.

En virtud de ello, se suscriben dos ejemplares de igual tenor, uno para el Asociado titular y su grupo familiar y otro para HEALTH MEDICAL S.A. , en la ciudad de....., a los.....días del mes de.....de.....