

SOLICITUD DE AFILIACIONES

Declaración jurada de beneficiarios

Lugar y Fecha	Nº de Afiliado
---------------	----------------

De acuerdo a lo normativa vigente, Opdea cumple en informarle:

a) la presente solicitud de afiliación y la planilla de antecedentes de salud tienen carácter de Declaración Jurada, siendo el afiliado titular exclusivo responsable por la falsedad, inexactitud u omisión de los datos consignados. En caso que Opdea tome conocimiento de tal circunstancia procederá a la baja del afiliado y su grupo familiar. b) en los casos de enfermedades preexistentes, tanto del titular como de un familiar a cargo, la afiliación se considerará aceptada cuando se manifieste conformidad con el valor diferencial que se le informe. En el caso de mayores de 65 años se aplicará la cuota correspondiente, conforme a la reglamentación vigente (art. 10 y 12 de la Ley 26.682).

Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gov.ar - R.N.E.M.P (Prov.) 1117 R.N.O.S 400107

Datos del Afiliado		
Apellido	Nombre	Tipo y Nº de Documento

<input type="checkbox"/> Grisado a completar por Opdea	Empresa Prestadora	Plan	Cuota
--	--------------------	------	-------

A - Empresa			
Fecha de Ingreso a la Empresa / /	Razón Social	Nº de Empresa	Nº de CUIT
Sueldo Bruto \$	Cargo	Obra Social de Origen	Código RNOS

B - Otras Empresas con que unifica aportes			
Razón Social	Nº de Cliente	Nº de CUIT	Sueldo Bruto \$
Razón Social	Nº de Cliente	Nº de CUIT	Sueldo Bruto \$

C - Datos Afiliado Titular								
Alta <input type="checkbox"/> Vigencia/...../.....	Baja <input type="checkbox"/> Desde/...../.....	Motivo	Modificación	Desde/...../.....
Apellidos				Nombres				
Código	CUIT <input type="checkbox"/> Número	CUIL <input type="checkbox"/>			Condición de Iva			
Tipo y Nº de Documento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil			
Domicilio: Calle		Número	Piso	Dpto	Código Postal	Localidad		
Provincia	Email			Teléfonos / Fax				

D - Datos / Cónyuge / Conviviente								
Alta <input type="checkbox"/> Vigencia/...../.....	Baja <input type="checkbox"/> Desde/...../.....	Motivo	Modificación	Desde/...../.....
Código	Apellidos			Nombres				
CUIT <input type="checkbox"/> Número	Discapacidad		Razón Social de la Empresa		Nº de CUIT			
CUIL <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
Tipo y Nº de Documento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil			
Sueldo Bruto \$	Obra Social de Origen		Código RNOS		Suma de Aportes			
						Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Lugar y Fecha

Nº de Afiliado

Datos del Afiliado

Apellido	Nombre	Tipo y Nº de Documento
----------	--------	------------------------

Familiar 1

Alta <input type="checkbox"/> Vigencia/...../..... Baja <input type="checkbox"/> Desde/...../..... Motivo Modificación Desde/...../.....					
Código	Parentesco	Apellidos		Nombres	
CUIT <input type="checkbox"/> Número CUIL <input type="checkbox"/>	Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo y Nº de Documento		
Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil	

Familiar 2

Alta <input type="checkbox"/> Vigencia/...../..... Baja <input type="checkbox"/> Desde/...../..... Motivo Modificación Desde/...../.....					
Código	Parentesco	Apellidos		Nombres	
CUIT <input type="checkbox"/> Número CUIL <input type="checkbox"/>	Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo y Nº de Documento		
Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil	

Familiar 3

Alta <input type="checkbox"/> Vigencia/...../..... Baja <input type="checkbox"/> Desde/...../..... Motivo Modificación Desde/...../.....					
Código	Parentesco	Apellidos		Nombres	
CUIT <input type="checkbox"/> Número CUIL <input type="checkbox"/>	Discapacidad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estudiante Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo y Nº de Documento		
Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil	

F - Datos personales del beneficiario por el fallecimiento del titular

Apellido	Nombre	Tipo y Nº de Documento
Apellido	Nombre	Tipo y Nº de Documento
Apellido	Nombre	Tipo y Nº de Documento

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN EN CUENTA PARA COBRO DE REINTEGROS

Por la presente informo/informamos a esta Obra Social que a partir de la fecha, acepto/aceptamos operar con el sistema de acreditación automática en cuenta bancaria como medio de pago de los reintegros pedidos/presentados por mi parte a esta institución, solicitando que dichos importes se acrediten en la cuenta que aquí se detalla.

A - ALTA M - Modificación	CBU	CUIL/CUIT del titular de la cuenta
1º Titular de la cuenta		Banco / Suc.

Cancelación de diferencia de plan a cargo de: Empresa Afiliado

Firma Promotor	Verificó/ Recibió Documentación	
Controló	Cargó	Aprobó

.....
Firma Afiliado Titular

.....
Aclaración

.....
Firma y Sello de la Empresa

Declaración jurada de antecedentes de salud

	TITULAR	CONYUGE/CONVIVIENTE	FAMILIAR 1	FAMILIAR 2	FAMILIAR 3
1. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS					
Intervenciones	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
Tipos:	_____	_____	_____	_____	_____
Fecha:	_____	_____	_____	_____	_____
2. ¿Tiene Ud. colocada una prótesis?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
Tipo:	_____	_____	_____	_____	_____
Fecha:	_____	_____	_____	_____	_____
3. ANTECEDENTES SALUD MENTAL					
¿Tiene usted antecedentes de enf. psiquiátricas?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
¿Está Ud. en tratamiento actualmente?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
En caso de respuesta afirmativa, señale lo que corresponda:					
Psicoterapia:	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
Psicofármacos:	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
Internaciones psiquiátricas:	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
4. ANTECEDENTES DE INTERNACIONES CLÍNICAS					
Fecha:	_____	_____	_____	_____	_____
Motivo:	_____	_____	_____	_____	_____
5. ¿Está actualmente realizando algún tratamiento?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
Medicación:	_____	_____	_____	_____	_____
Diagnóstico:	_____	_____	_____	_____	_____
Médico tratante:	_____	_____	_____	_____	_____
Teléfono:	_____	_____	_____	_____	_____
6. ¿Cuándo fué la última vez que se realizó estudios-análisis? ¿Cuál fué la razón?					
¿Resultado normal?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
7. ¿Padece Ud. enf. congénitas o hereditarias?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
8. ¿Padece alguno de sus familiares enfermedades congénitas o hereditarias?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
¿Cuál/es?	_____	_____	_____	_____	_____
9. ¿Ha recibido transfusiones de sangre?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
Causa	_____	_____	_____	_____	_____
10. ¿Está Ud. embarazada?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
Cantidad de semanas	_____	_____	_____	_____	_____
11. ¿Se halla cursando alguna enfermedad actualmente que requiera estudios o internación en los próximos meses?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
¿Cuál?	_____	_____	_____	_____	_____
12. ¿Tiene dificultades en la visión ó en la audición?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
¿Cuál/es?	_____	_____	_____	_____	_____
13. ¿Ha presentado Ud. alguna de estas patologías?					
Presión arterial elevada	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
Enfermedad coronaria	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
Diabetes	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
Indicar tipo	_____	_____	_____	_____	_____
Enfermedades infectocontagiosas	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
Fiebre reumática	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
Tuberculosis	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
Asma	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
Cáncer u otro tumor	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
Hepatitis	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
Úlcera gástrica o duodenal	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
Epilepsia	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
Varices	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
Otros	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
14. ¿Fuma?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
15. ¿Padece alguna adicción?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
¿Cuál?	_____	_____	_____	_____	_____
16. ¿Tiene algún tipo de discapacidad?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>
En caso afirmativo, indique cual	_____	_____	_____	_____	_____
17. Peso (Kg.)	_____	_____	_____	_____	_____
18. Altura (Mts.)	_____	_____	_____	_____	_____

CONTRATO DE ADHESION - CONDICIONES GENERALES

Rescisión del contrato

Los afiliados pueden rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a Opdea con treinta (30) días de anticipación. Opdea podrá rescindir el contrato cuando el asociado incurra, como mínimo, en la falta de pago de tres (3) cuotas íntegras y consecutivas o cuando el usuario haya falseado la declaración jurada. La fecha de vencimiento de la cuota mensual es la que figura en cada factura; en caso de falta de pago, transcurrido el término impago establecido y previo a la rescisión, Opdea comunicará en forma fehaciente al usuario la constitución en mora intimando a la regularización dentro del término de diez (10) días hábiles.

Cambios de Plan

Deberán solicitarse completando la declaración jurada de beneficiarios y la de antecedentes de salud y quedarán sujeto a la aprobación de Opdea. Tendrán vigencia a partir del 1° día del mes siguiente al presentado y se deberá permanecer, como mínimo, un año en el plan elegido. La opción comprende a la totalidad del grupo familiar. No habrá tiempo de espera para acceder a las prestaciones en un plan superior salvo a aquellas para las que se establezca un plazo determinado. Consulte las normas de cobertura.

Previsiones legales

Opdea podrá modificar los valores de las cuotas de los planes asistenciales 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 23.660 y de acuerdo a la Ley 26.682 (art. 5 inc. g) y 17), cuando tal modificación obedezca a variaciones en la estructura de costos y calculo actuarial de riesgos. La modificación será informada de acuerdo a la normativa vigente. Sin perjuicio de lo expuesto, los valores de las cuotas de los planes se modificarán de acuerdo a la conformación del grupo familiar y al rango etario, según tabla de valores vigente.

Opdea podrá modificar parcialmente la nómina de prestadores y de prestaciones de 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 importar un desmedro en la calidad de los mismos comprometidos al momento de solicitar la afiliación. La modificación podrá deberse, entre otras causas, a incrementos de costos y/o servicios, extinción de contratos con los prestadores, imposibilidad de contratación o renovación de contratos, muerte, jubilación o cualquier otro motivo serio y justificado de similar envergadura.

Las prestaciones sanitarias superadoras o complementarias al Programa Médico Obligatorio (PMO) vigente podrán sufrir períodos de carencias, conforme a lo dispuesto en la normativa vigente. Las normas de acceso a las prestaciones se encuentran publicadas en nuestra página web www.opdea.org

Exclusiones

-Celuloterapia -Quiropraxia-Podología-Medicina Alternativa-Medicamentos y tratamientos en etapa experimental, no reconocidos por entidades científicas oficiales -ANMAT-Cirugía Plástica y estética no reparadora.-Curas de reposo, rejuvenecimiento o similares-Exámenes pre-ocupacionales.-Diferencia de honorarios por elección de profesionales, servicios extra.-Internaciones e intervenciones penadas por la ley.-Ortesis, prótesis e implantes que no estén expresamente explicitadas.-Prácticas o intervenciones experimentales.-Prestaciones médicas fuera del país.-Servicios médicos brindados por Instituciones y/o profesionales que no pertenecen a la red de atención de la Obra Social, salvo autorización previa de la Auditoría Médica de la Obra Social.-Comercialización de sangre.-Internaciones para exámenes complementarios, análisis, estudios, tratamientos de clínica o cirugía que puedan efectuarse en forma ambulatoria. -Internaciones geriátricas.-Productos de farmacia de venta libre.-Necropsias salvo con autorización previa de la Obra Social.-Todas aquellas prácticas que no encuentren fundamento en los principios de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE).-Todo tipo de subsidios en etapa post egreso.-Prácticas penadas por la ley.-Accidentes laborales in itinere y accidentes de tránsito, salvo que se otorgue cesión de derechos.

.....
Luga y fecha de presentación

.....
Firma y Aclaración del Solicitante

Para completar exclusivamente por la obra social	
Presentado por (Agente de la Obra Social que recibe el trámite)	
Observaciones o datos que se considere relevantes:	

Antecedentes Afiliatorios	
Tipo de Ingreso (Jerarquización u opción, personal de convenio, monotributista, etc.)	
Afiliaciones Anteriores (Obra Social o Prepaga de la cual proviene)	
Si es empleado y está en convenio: Especificar cuándo hace la opción y cuando entra en vigencia	

Auditoría Médica del CAP	Gerencia Médica	Gerencia Administrativa
Firma	Firma	Firma
Observaciones	Observaciones	Observaciones