

SOLICITUD DE AFILIACIONES

Declaración jurada de beneficiarios

Asesor comercial

Lugar y Fecha

Nº de Afiliado

De acuerdo a la 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.gob.ar - R.N.E.M.P (Prov.) 1117 R.N.O.S 400107

Datos del Afiliado

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

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	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"/>			

Declaración jurada de antecedentes de salud

	TITULAR	CONVUGE/CONVIVIENTE	FAMILIAR 1	FAMILIAR 2	FAMILIAR 3
1. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS					
Intervenciones	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>				
Tipos:
Fecha:
2. ¿Tiene Ud. colocada una prótesis?	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"/>				
¿Está Ud. en tratamiento actualmente?	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"/>				
Psicofármacos:	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>				
Internaciones psiquiátricas:	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"/>				
Medicación:
Diagnóstico:
Médico tratante:
Teléfono:
6. ¿Cuándo fue la última vez que se realizó estudios-análisis? ¿Cuál fue la razón?					
¿Resultado normal?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>				
7. ¿Padece Ud. enf. congénitas o hereditarias?	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"/>				
¿Cuál/es?
9. ¿Ha recibido transfusiones de sangre?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>				
Causa
10. ¿Está Ud. embarazada?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>				
Cantidad de semanas
FUM (fecha última menstruación) dd/mm/aa	<input type="text" value="/ /"/>				
11. ¿Se halla cursando alguna enfermedad actualmente que requiera estudios o internación en los próximos meses?	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"/>				
¿Cuál/es?
13. ¿Ha presentado Ud. alguna de estas patologías?					
Presión arterial elevada	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>				
Enfermedad coronaria	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>				
Diabetes	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>				
Indicar tipo
Enfermedades infectocontagiosas	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>				
Fiebre reumática	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>				
Tuberculosis	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>				
Asma	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>				
Cáncer u otro tumor	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>				
Hepatitis	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>				
Úlcera gástrica o duodenal	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>				
Epilepsia	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>				
Várices	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>				
Otros	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>				
14. ¿Fuma?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>				
15. ¿Padece alguna adicción?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>				
¿Cuál?
16. ¿Tiene algún tipo de discapacidad?	NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/>				
En caso afirmativo, indique cuál
17. Peso (Kg.)
18. Altura (Mts.)

Firma y Aclaración

Lugar y fecha



CONTRATO DE ADHESIÓN - 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 sujetos 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 cálculo 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 (PMOE) 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 consideren 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 cuándo entra en vigencia	

Auditoría Médica del CAP

Firma		
Observaciones		

Gerencia Médica

Firma	
Observaciones	

Gerencia Administrativa

Firma	
Observaciones	