



**PLAN JOVEN
ADHERENTES GRUPO III
(21 a 29 años)**

**SOLICITUD DE INGRESO
(Formulario A)**

Me dirijo a Ud. con el fin de solicitarle el ingreso, en calidad de afiliado/a Adherente Grupo III, de mi hijo/a, cuyos datos personales detallo a continuación:

Apellido y Nombres:.....

CUIL/CUIT N°: Fecha de Nacimiento:...../...../.....

Domicilio:..... Localidad:..... C.P:.....

Teléfono:..... E-Mail:.....

Al respecto y de acuerdo con lo establecido por la Reglamentación actual, **declaro bajo juramento** que el mismo **carece de cobertura médico asistencial**, es soltero/a, no está en convivencia, ni independizado del grupo familiar y no tiene hijo/a. Asimismo, y en el supuesto que perdiera **-antes de los 29 años de edad-** alguna de estas condiciones esenciales exigidas para el ingreso; me comprometo a comunicarla de inmediato para que se proceda a la baja pertinente.

Además tomo conocimiento y acepto que en el caso de contar con una cobertura médica **-independientemente que la utilice o no-** el hecho de renunciar a la misma, **no lo habilita a solicitar y/o mantener la afiliación o postulación, determinando AMEBPBA su inmediata desvinculación.**

El incumplimiento de las condiciones detalladas con anterioridad dará derecho a la Asociación Mutualista a reclamarle el reembolso de los gastos que pudiera originar cualquier tipo de atención por no ser viable su cobertura.

Asimismo, manifiesto conocer que **-según las disposiciones vigentes-** en caso que la solicitante sea **hija y fuera asistida por maternidad**, una vez se produzca su alta sanatorial, cesará su cobertura.

Igual tratamiento de desvinculación se aplicará para el caso que sea **un hijo quien haya sido padre**, novedad que deberé comunicar a esta entidad, generándose la inmediata **baja** como afiliado.

Por último, acepto y expreso mi consentimiento para el descuento de mis haberes del porcentaje establecido por esta Asociación en concepto de aporte por esta afiliación y que conozco y acepto la Reglamentación Vigente, como así también las decisiones de la Comisión Directiva.

OTRAS CONSIDERACIONES

- Es motivo de baja de la cobertura: la renuncia, cesantía, exoneración, baja del titular o fallecimiento del mismo; como así también incurrir en alguna falsedad al momento de completar la declaración jurada (Formulario A bis y/o I).
- Otro motivo de desvinculación inmediata será la maternidad o paternidad de el/la adherente. Este suceso deberá ser informado a esta asociación en un plazo no mayor a 30 días.
- Finalmente, cualquier modificación del estado civil y/o en el caso de independizarse el adherente también deberá ser informado en el referido plazo del punto anterior, generando automáticamente su baja como afiliado.
- Al tratarse de una adhesión optativa y limitada en el tiempo, esta Asociación se reserva el derecho de revisar y eventualmente desvincular a un adherente, en el caso que se observe el incumplimiento enunciado como condición afiliatoria o bien por disposiciones reglamentarias que pudiese disponer nuestra Comisión Directiva, lo que será comunicado de manera fehaciente.
- Para las prestaciones de óptica, odontología, ortopedia y prótesis auditivas, se reconocerá hasta el 50% del valor establecido por nuestra mutual.

.....
Firma (TITULAR)

A PARTIR DE LA ADHESIÓN EN PERÍODO DE CARENCIAS (PRIMEROS SEIS MESES)

Estas pautas aplicarán cuando la incorporación del solicitante se presente fuera del plazo de 2 meses de haber cumplido 30 años. De solicitarse dentro del referido término no tendrá período de carencias.

- **Consultas médicas**
En Clínica AMEBPBA para afiliados del AMBA e Interior. Estos últimos también podrán canalizar la atención a través de los profesionales y clínicas adheridos en la Provincia de Buenos Aires.
- **Urgencias médicas y quirúrgicas.**
Se excluyen patologías preexistentes al momento de la inscripción.
Se podrán canalizar a través de todos los servicios adheridos a nuestra Mutual.
- **Guardia**
Se podrá canalizar a través de todos los servicios adheridos a nuestra Mutual.
- **Estudios de diagnóstico y tratamiento**
Incluye exclusivamente laboratorio, radiología y ecografías. (Se excluyen prácticas de alta complejidad)
Solicitados por profesionales adheridos a Mutual (Cartilla, Círculos Médicos, Asociaciones Médicas, Clínicas y Sanatorios)
- **Medicamentos**
50% de reconocimiento en nuestras farmacias propias y en las adheridas.
- **Urgencias, emergencias y atención médica domiciliaria**
- **Salud Mental**
Psicología hasta 30 sesiones año calendario
Consultas psiquiatría hasta 12 consultas año calendario
Internación hasta 30 días SÓLO PARA PSIQUIATRÍA en casos agudos
- **Odontología**
Se reconocerá hasta el 50% del valor establecido por Mutual.
- **Ortopedia**
Se reconocerá hasta el 50% del valor establecido por Mutual.
- **Óptica**
Se reconocerá hasta el 50% del valor establecido por Mutual.
- **Prótesis auditivas**
Se reconocerá hasta el 50 % del valor establecido por Mutual.

A PARTIR DE LOS SEIS MESES DESDE LA ADHESIÓN:

- **Consultas médicas**
A través de todos los prestadores adheridos en Cartilla para tal fin.
- **Urgencias médicas y quirúrgicas.**
Se podrán canalizar a través de todos los servicios adheridos a nuestra Mutual.
- **Internaciones programadas a excepción de Maternidad**
En nuestra clínica propia o en los establecimientos adheridos, siempre con la autorización previa de nuestra Mutual.
Incluye honorarios profesionales, gastos operatorios, internación en piso, terapia y/o unidad coronaria, medicamentos y descartables utilizados durante la internación. Terapias indicadas durante la internación.
- **Medicamentos**
50% de reconocimiento en nuestras farmacias propias y en las adheridas.
- **Urgencias, emergencias y atención médica domiciliaria**
- **Salud Mental**
Psicología hasta 30 sesiones año calendario. Consultas psiquiatría hasta 12 consultas año calendario.
Internación hasta 30 días. SÓLO PARA PSIQUIATRÍA en casos agudos.

- **Odontología**
Se reconocerá hasta el 50% del valor establecido por Mutual.
- **Ortopedia**
Se reconocerá hasta el 50% del valor establecido por Mutual.
- **Optica**
Se reconocerá hasta el 50% del valor establecido por Mutual.
- **Prótesis auditivas**
Se reconocerá hasta el 50% del valor establecido por Mutual.
- **Hemodiálisis**
- **Estudios y Tratamientos de alta complejidad**
Incluye estudios de diagnóstico y radioterapia (Con previa autorización de Mutual y en servicios adheridos).
- **Prótesis**
Se reconocerán exclusivamente de origen nacional.

A PARTIR DE LOS DIEZ MESES DE AFILIACIÓN:

- Maternidad. (En establecimientos adheridos para tal fin).

A PARTIR DEL AÑO DE AFILIACIÓN:

- Cirugías de patologías preexistentes en Clínica AMEBPBA.

Sin cobertura en tratamientos de medicina reproductiva en ninguna etapa de la afiliación.

Finalmente, ratifico que tomo conocimiento de los requisitos, causales de baja afiliatoria y cobertura para la presente solicitud que se encuentra a consideración de las autoridades de esta asociación. En cuanto a las carencias, doy conformidad a la opción que indico a continuación:

- NO CORRESPONDE POR TRATARSE DE UNA CONTINUIDAD AFILIATORIA
- INGRESO CON CARENCIAS
- INGRESO SIN CARENCIAS (AUTORIZO AL DESCUENTO CORRESPONDIENTE)

.....
Firma (TITULAR)

Afiliado N°:..... Apellido y

Nombres:.....

Domicilio:.....

Localidad:.....CP:.....

Teléfono: Activo () Jubilado () Pensionado ()

Presta servicio en:..... Código

Ubicación:..... EMail:.....