



**PLAN JOVEN
ADHERENTES GRUPO III (bis)
(de 30 a 39 años)**

**SOLICITUD DE INGRESO
(Formulario A - Bis)**

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 39 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.
- **Optica**
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

.....
Firma (TITULAR)

- **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.

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: E-Mail: