

Fecha:

DELEGACIÓN

Ubicación:

Sr. Presidente:

Solicito la adhesión a los siguientes Servicios que brinda la ASOCIACION MUTUAL DE PROTECCION FAMILIAR:

PLAN SUPERIOR

DATOS DEL BENEFICIARIO:

CATEGORÍA DE SOCIO:	Nº DE CUIL:
APELLIDO Y NOMBRES:	FECHA NACIMIENTO:
DOCUMENTO:	BARRIO:
DOMICILIO:	PROVINCIA:
LOCALIDAD:	TELÉFONO:
COD POSTAL:	
PAIS:	

Tomo conocimiento que para obtener la prestación del servicio de salud contratado debo encontrarme con el pago de las cuotas al día y que producida la mora en el pago del servicio por el término de tres (3) meses, generará la baja automática del mismo sin previo aviso.

Nombre y Apellido

Firma

040102323235677400000320220601



SERVICIO MUTUAL DE SALUD

Detalle de la cobertura y prestaciones

Consultas en consultorios propios de la Mutual con las siguientes especialidades:

- Médico de Familia / Clínica Médica
- Ginecología
- Cardiología
- Psicología
- Odontología
- Gabinete Kinesiología (10 sesiones por asociado y por año aniversario)
- Gabinete Enfermería
- Gabinete Podología

Consultas en consultorios externos en las siguientes especialidades

- Oftalmología
- Pediatría
- Dermatología
- Traumatología y ortopedia
- Otorrinolaringología
- Gastroenterología
- Neurología
- Neumonología
- Urología

Análisis de laboratorio:

- La cobertura abarca todas las determinaciones del Nomenclador Nacional de prestaciones médicas, con excepción de las prácticas de Radioinmunoensayo. Quedan fuera de la cobertura las determinaciones del NBU P.E. de alta y baja frecuencia.

Prácticas especializadas cubiertas por la Mutual

- a) Ginecología - Prácticas médicas: Citología Exfoliativa Oncológica (PAP) y Colposcopia con la prescripción del Médico de Familia de la Mutual
- b) Cardiología - Prácticas médicas: Electrocardiograma en consultorio – Ecocardiograma Bidimensional – Ecocardiograma de Holter 24 hs. – Ergometría, con la prescripción del Médico de Familia de la Mutual –
- c) Estudios de Diagnóstico por Imágenes (radiología): comprende las prácticas de radiología del Nomenclador

Nomenclador

Nacional de Prestaciones Médicas que a continuación se detallan. Aquellos estudios que se indiquen con "sustancia de contraste" y/o "material descartable", estarán a cargo del asociado.

DETALLE

Radioscopia simple	340101
Radioscopia con intensificador Imágenes	340102
Radioscopia con circuito Cerrado TV	340103
Rx. Cráneo / cara / senos paranasales	340201
Por exposición Subsiguiente	340202
Hueso temporal ó agujeros opticos	340203
Art. Temporomandibular 3 Posiciones	340204
Telerradiografía de cráneo y/o perfil facial c/ cefalos	340207
Por exposición Subsiguiente	340208
Rx. de raquis (columna) 1ra exposición	340209
Por exposición Subsiguiente	340210
Rx. Hombro / humero / pelvis	340211
Por exposición Subsiguiente	340212
Rx. Codo /antebrazo /muñeca	340213
Rx. Tórax	340301
Por exposición Subsiguiente	340302
Sialografía por lado	340401
Esofago.Est.Rx.Seriado	340402
Est.y duodeno seriado 10 Exp.	340403
Est.y duodeno seriado 12 Exp.	340404
Esofagogastroduodenal.12 Exp.	340405
Duodenografía hipotonica	340406
Transito intest.delgado o colon	340407
Rx.Seriado Ileocecoapendicular	340408
Colon por enema (min.3 Placas)	340409
Colon por enema (min.5 Placas)	340410
Colon por enema (min.6 Placas)	340411
Colon por enema (min.8 Placas)	340412
Colecistografía oral (3 Placas)	340413
Colecistog.endovenosa (5 Plac.)	340414
Colangiografía endov. (5 Placas)	340415
Rx. Simple Abdomen	340421
Por exposición Subsiguiente	340422
Rx. Simple de árbol urinario	340501
Urograma excretor	340502
Urograma exc.c/est.Vesical	340503
Urograma Minutado	340504
Cistouretrografía miccional	340507

d) Mamografía: estudios de Mamografía bilateral, con Proyección Axilar y con Técnica de Magnificación y/o Focalización. Se excluyen las punciones bajo control ecográfico y/o tomográfico

e) Ecografías: comprende las prácticas ecográficas del Nomenclador Nacional que se detallan a continuación.

DETALLE

Ecografía Toco ginecológica	180104
Ecografía Mamaria uni - bilateral	180106
Ecografía Cerebral	180107
Ecografía Oftalmológica	180109
Ecografía Tiroidea	180110
Ecografía de Testículos	180111
Ecografía Completa de Abdomen	180112
Ecografía Hepática, Biliar, Esplénica ó Torácica	180113
Ecografía Vejiga o próstata	180114
Ecografía Renal Bilateral	180116
Ecografía Aorta Abdominal	180117
Ecografía Pancreática o Suprarrenal	180118
Ecografía Transvaginal	No Nomenclada

f) Neurología Estudios que comprende la especialidad:
Electroencefalogramas (EEG);
Electromiografía de miembros inferiores y superiores (EMG)
Electromiografía con velocidad de conducción

g) Neumonología:
Estudios que comprende la especialidad: Espirometría
(Prueba Funcional Respiratorio)

Modelo Sistema de Salud de AMPF

El modelo asistencial que brinda desde hace 10 años nuestra Mutual, esta basado en la Atención Primaria de Salud bajo el enfoque Bio-psico-social, lo cual implica una concepción del ser humano en su totalidad. Los asociados son atendidos por un Médico de Familia y un equipo interdisciplinario de profesionales que estén atentos a todos los factores que influyen en él, por estos motivos tenemos fundamentalmente consideración a los puntos que a continuación se detallan :

- Las prescripciones de interconsultas y/o estudios complementarios deberán ser efectuadas por el Médico de Familia.
- Luego de la interconsulta con el especialista, el asociado debe retornar a la consulta con nuestro Médico de Familia.
- Cuando sea necesaria la reiteración a interconsulta con un especialista, la continuidad deber ser resuelta e expresamente indicada por nuestro Médico de Familia, especificando que es lo que se espera de la misma.
- Especialistas dentro de las Delegaciones: cuando la Delegación y/o Anexo cuente con el Especialista, las interconsultas también serán indicadas por nuestro Médico de Familia.

Firma conformidad Asociado

Aclaración y Nro. Documento

Lugar: _____

Fecha: _____