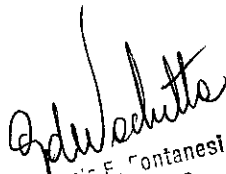


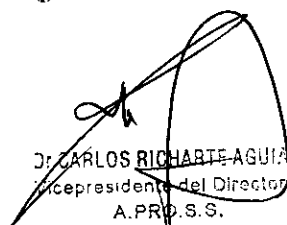
FORMULARIOS

1. FICHA AFILIATORIA;
2. SOLICITUD ARA AGREGAR/RENOVAR FAMILIARES;
3. DECLARACIÓN JURADA DE SALUD;
4. COBERTURA DE PRESTACIONES/PERIODOS DE CARENCIAS/HABILITACIÓN PROGRESIVA DE COBERTURA;
5. COBERTURA DE PRESTACIONES/PERIODOS DE CARENCIAS ODONTOLÓGICAS/HABILITACIÓN PROGRESIVA DE COBERTURA;
6. SOLICITUD DE BAJA AFILIATORIA

0 235 / 19




Prof. Graciela E. Fontanest
Vocal del Directorio
A.PRO.S.S.



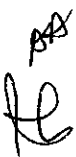
D^r. CARLOS RICHARTE-AGUIAR
Vicepresidente del Directorio
A.PRO.S.S.



ALFONSO GUSTAVO ALIAGA
Vocal del Directorio
A.PRO.S.S.



Lic. JULIO COMELLO
Presidente del Directorio
A.PRO.S.S.



Datos del titular

Afiliado N° _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y Nombre _____

Sexo: Masculino Femenino

Domicilio (calle, número, barrio y localidad) _____

Teléfono celular _____ Teléfono Fijo _____

Correo electrónico _____

Datos del familiar a ingresar

Apellido y Nombre _____ Parentesco con el titular _____

CUIL/DNI _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento _____ Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Separado Domicilio (calle, número, barrio y localidad) **Especificar en el caso de que sea diferente al domicilio del titular**

Teléfono celular _____ Teléfono Fijo _____

Correo electrónico _____

¿Desarrolla alguna actividad en relación de dependencia? SI NO ¿Aporta como monotributista? SI NO ¿Aporta como autónomo? SI NO (Adjuntar comprobante de pago)¿Es jubilado, pensionado, retirado nacional o de otra provincia? SI NO ¿Posee obra social obligatoria? SI NO ¿Cuál? _____


- CONOZCO Y ACEPTO EL APORTE MENSUAL A ABONAR POR LA INCORPORACIÓN DE MI FAMILIAR, SUJETO A LOS AJUSTES PERIÓDICOS DISPUESTOS POR RESOLUCIÓN DEL DIRECTORIO DE A.PRO.S.S., COMO ASIMISMO ACEPTO QUE EL PRIMER Y SEGUNDO APORTE ME SEAN DEBITADOS DENTRO DEL SEGUNDO RECIBO DE HABERES POSTERIOR A LA INCORPORACIÓN.
- CONOZCO Y ACEPTO EL RÉGIMEN DE CARENCIAS EN CASO DE RESULTAR APLICABLE EN ÉSTA INCORPORACIÓN.
- ACEPTO MANTENER LA AFILIACIÓN OBLIGATORIA DE MI NIETO MENOR POR EL TÉRMINO DE 24 MESES CONTINUOS E ININTERRUMPIDOS DESDE ÉSTA INCORPORACIÓN.
- CONOZCO Y ACEPTO LA OBLIGACIÓN DE RENOVAR LA AFILIACIÓN DEL FAMILIAR A CARGO INCORPORADO EN CASO DE CORRESPONDER, PRESTANDO CONFORMIDAD A LA DEDUCCIÓN DEL APORTE MENSUAL A ABONARSE EN EL SUPUESTO DE NO SATISFACER CON DICHA OBLIGACIÓN.
- CONOZCO Y ACEPTO LOS EFECTOS QUE TRAE APAREJADOS LA PRESENTE SOLICITUD.

Firma del Titular

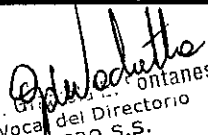

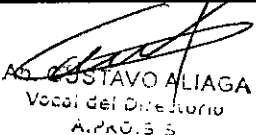
Declaro bajo juramento que los datos e información precedentes son totalmente exactos y veraces sometiéndose a su verificación y haciéndome responsable de toda informalidad que pudiera dar lugar a transgresiones al régimen legal (Art. N°293 del Código Penal) y reglamentación específica de Apross las que declaro conocer.

IMPORTANTE: El certificante deberá verificar la autenticidad y corrección de los datos con la documentación respectiva, asumiendo plena responsabilidad en forma conjunta con el declarante.

Firma del Titular

Firma y Sello del Certificante

E.L.C. JULIO COMELLO
Presidente del Directorio

0 235 / 19


Rafael Montanesi
Vocal del Directorio
A.PRO.S.S.
CARLOS RICHARTE
Vicepresidente del Directorio
A.PRO.S.S.
GUSTAVO ALIAGA
Vocal del Directorio
A.PRO.S.S.

DECLARACIÓN JURADA DE SALUD



Debe ser llenado uno de estos formularios por cada integrante del grupo familiar

FECHA DE PRESENTACIÓN

APELLIDO Y NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD
DOMICILIO, CALLE, NÚMERO, LOCALIDAD, C.C.D. POSTAL		TELÉFONO
ENTIDAD AFILIATORIA		

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Está bajo atención médica? ¿Por quién?

¿Por qué enfermedad?

¿Qué medicamentos ha tomado en los últimos seis meses?

En este momento: ¿tendrá algún motivo para consultar a algún médico? ¿Cuál?

Hábitos fisiológicos

¿Se alimenta con 4/5 comidas diarias?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Con qué se alimenta mayoritariamente?
¿Incluye desayuno?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	.....
¿Tiene sueño tranquilo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Horas de sueño:
¿Tiene constipación?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	.....
¿Realiza algún deporte?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Cuál?

Hábitos tóxicos

¿Fuma?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Desde cuándo?
¿Toma bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cantidad por día:
.....	.....	¿Cuáles?
.....	.....	¿Cuándo?
.....	.....	¿Cuánto?
¿Consume drogas?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Cuáles?
¿Se automedica?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Medicación:
.....	.....	Frecuencia:

Antecedentes gineco-obstétricos

Edad en que menstruó por primera vez (menarca):

Fecha de la última menstruación:

¿Tiene alteraciones menstruales? SI NO

¿Embarazos? SI NO ¿Cuántos?

Parto normal:

Cesáreas:

Abortos:

Tiene una patología mamaria? SI NO ¿Cuáles?

Antecedentes familiares

¿Tiene o han tenido sus parientes (considerar madre, padre, hermanos, cónyuges e hijos) algunas de las enfermedades que se nombran a continuación?

	SI	NO	¿QUIÉN?
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enf. inmunológica (¿Cuál?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer (¿Cuál?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca (¿Cuál?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tensión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal (Urinarias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AA 0 235 / 19

Voc. del Directorio A.PRO.S.S.

JOSÉ RICARTE AGUIAR Vicepresidente del Directorio A.PRO.S.S.

Lic. JULIO COMELLI Presidente del Directorio A.PRO.S.S.

GUSTAVO ALIAGA Vocal del Directorio A.PRO.S.S.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

¿Tiene o ha tenido algunas de las enfermedades que se nombran a continuación?

SI NO ¿CUÁL?	SI NO ¿CUÁL?
Diabetes	Enf. Transm. sexual
Hipertensión	Alt. Endocrinas
Enfermedad cardíaca	Artritis
Alergia	Enf. Piel
Asma	Epilepsia
Tuberculosis	Tuberculosis
Cálculos renales	Úlcera gástrica
Infección urinaria	Gastritis
Hepatitis	Hemorroides
Chagas	Hernias
Brucelosis	Sinusitis
Toxoplasmosis	Cáncer o tumores
Tras. Psiquiátricos	Várices
Tras. de la marcha	Discapacidad/Incapacidad
Tiene colocado algún dispositivo médico (implantes, prótesis, etc.)	Requiere algún medio especial para trasladarse
Otras	

¿Tiene o ha tenido algunas vez ?

SI NO ¿CUÁL?	SI NO ¿CUÁL?
Mareos o desmayos	Falta de aire
Convulsiones	Palpitaciones
Dolores de cabeza	Acidez
Neuralgia o neuritis	Dificultad p/ orinar
Depresión	Sangre en orina
Trans. oculares	Articulac. Hinchadas
Supuración de oídos	Lumbalgia
Resfríos frecuentes	Ciatalgia
Tos crónica	Desviación de columna
Sudores nocturnos	Fracturas
Pérdida de peso	Traumatismos
Dolores en el pecho	Cirugías
Temblores	Internaciones
Debilidad muscular	

La aceptación de toda solicitud de afiliación queda supeditada a su aprobación por parte de la APROSS la cual podrá observarla o rechazarla a su exclusivo criterio. Los interesados en ingresar deberán efectuar esta DECLARACIÓN JURADA DE SALUD sin cuya previa consideración no se decidirá la admisión respectiva. La falsedad u omisión de alguna enfermedad preexistente en esta Declaración Jurada eximirá a la APROSS del reconocimiento de los gastos que ocasione su tratamiento, sin perjuicio de la reparación - por parte del titular - de los gastos que hubiera ocasionado.

Declaro bajo juramento que mi intervención como profesional Médico de la salud ha sido solo a efectos de instruir y explicar los alcances de la DDJJ al futuro afiliado, para su mayor precisión en la información de su Ficha Médica.

Declaro bajo juramento que los datos e información precedentes son totalmente exactos y veraces sometiéndome a su verificación y haciéndome responsable a toda informalidad que pudiera dar lugar a transgresiones al Régimen Legal (Art. N° 293 del CÓDIGO PENAL) y reglamentación específica de APROSS las que declaro conocer.

.....
Firma y Sello Profesional

.....
Firma y Adaración Afiliado Titular

AS

0 235 / 19

COBERTURA DE PRESTACIONES PARA AFILIADOS VOLUNTARIOS - PERIODOS DE CARENCIAS
Habilitación progresiva de cobertura

Desde la fecha de ingreso como afiliado:

1. Consultas médicas en consultorio y a domicilio
2. Consultas odontológicas
3. Prácticas de baja complejidad no invasivas
4. Análisis bioquímicos de baja complejidad (rutina)
5. Radiografías directas
6. Medicamentos ambulatorios al 50%

A partir del día 91 de la afiliación, se agregan a la cobertura las siguientes prestaciones:

1. Internaciones clínicas y quirúrgicas de baja y mediana complejidad
2. Prestaciones odontológicas:
 - I. Odontopediatría
 - II. Radiología
 - III. Endodoncia
 - IV. Operatoria dental
 - V. Tratamientos preventivos
3. Oxigenoterapia ambulatoria
4. Programa de obesidad
5. Estudios radiológicos contrastados
6. Laboratorio bioquímico completo
7. Salud mental (psiquiatría/psicología)

A partir del día 181 de la afiliación, se agregan a la cobertura las siguientes prestaciones:

1. Laboratorio bioquímico y genético de alta complejidad
2. Cámara gamma
3. Densitometría ósea
4. Ecodoppler
5. Estudio electrofisiológico
6. Resonancia magnética nuclear
7. Tomografía axial computada
8. Intervenciones oftalmológicas con láser
9. Tratamiento de rehabilitación integral (psicológico, fisioterapéutico, fonaudiológico)
10. Lentes aéreos y de contacto

A partir del día 367 de la afiliación, se agregan a la cobertura las siguientes prestaciones:

1. Alimentación parenteral
2. Intervenciones quirúrgicas de alta complejidad
3. Partos, cesáreas y programa materno infantil,
4. Neonatología
5. Hemodinamia (intervenciones por cateterismo - procedimientos endovasculares)
6. Cirugía cardiovascular
7. Colocación de marcapasos, resincronizadores y cardiodesfibriladores.
8. Hemodiálisis y diálisis peritoneal en insuficiencia renal crónica
9. Hogarización
10. Tratamientos oncológicos (quimioterapia y radioterapia)
11. Litotricia renal extracorpórea
12. Neurocirugías intracraneanas y vertebromedulares
13. Cirugía de la escoliosis
14. Medicamentos al 100%
15. Trasplantes y pretransplantes
16. Fertilización asistida
17. Cirugía bariátrica
18. Mastoplastias post mastectomía oncológica
19. Tomografía por emisión de positrones (PET)
20. Ablación de arritmias cardíacas por ENSITE
21. Prótesis implantables (traumatológicas, vasculares, neurológicas, etc.)
22. Ortesis
23. Intervenciones quirúrgicas para implante de prótesis
24. Sillas de ruedas especiales y motorizadas
25. Prótesis dentales y ortodoncia
26. Programas especiales (discapacidad)

Mediante la presente como conocimiento de las carencias aplicables y me comprometo a respetar la cobertura conforme la habilitación progresiva programada, a utilizar exclusivamente la red de servicios y prestadores con los que la A.Pro.S.S. tenga convenio y a aceptar el Nomenclador/Vademécum de esta Administración.

Lugar y fecha

Firma y aclaración del beneficiario

Firma y sello del responsable de la entidad afiliada
 Lic. JULIO COMELLO
 Presidente del Directorio A.P.R.O.S.S.

CENTRO DE ATENCIÓN AL AFILIADO 0 800 888 2776 | E-mail: comunicaciones.apross@cba.gov.ar

AA


0 235 / 19

JULIO COMELLO
 Vocal del Directorio
 A.P.R.O.S.S.

RICHARTE AGUIAR
 Vicepresidente del Directorio
 A.P.R.O.S.S.

GUSTAVO ALIAGA
 Vocal del Directorio
 A.P.R.O.S.S.

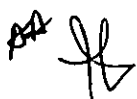
COBERTURA DE PRESTACIONES PARA AFILIADOS VOLUNTARIOS- PERÍODOS DE CARENCIAS ODONTOLÓGICAS
Habilitación progresiva de cobertura
**Habilitación
0 a 90 días**

1. Consulta estomatológica
2. Consulta y ficha
3. Consulta y ficha, paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
4. Consulta de urgencia
5. Consulta de urgencia, paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
6. Operatoria restauración arreglo de dientes y muelas en el sector posterior muelas
7. Operatoria restauración arreglo de dientes y muelas en el sector posterior muelas, paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
8. Operatoria restauración arreglo de dientes y muelas en el sector posterior en el sector anterior dientes
9. Operatoria restauración arreglo de dientes y muelas en el sector posterior en el sector anterior dientes, paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
10. Consulta previa incluye cepillado y aplicación de flúor por tratamiento
11. Topificación con flúor discapacitados mentales
12. Enseñanza técnica de higiene y detección placa bacteriódica
13. Sellador de puntos y fisuras
14. Consulta preventiva para pacientes embarazadas
15. Fisurados, labio leporino, fisura de paladar, etc.
16. Motivación, hasta 3 consultas y fichado para niños hasta los 10 años inclusive
17. Motivación, hasta 3 consultas y fichado paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
18. Discapacitados consulta

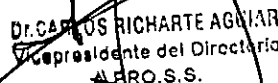
**Habilitación
91 a 180 días**

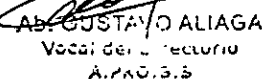
1. Tratamiento inirradicular dientes
2. Tratamiento inirradicular dientes, paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
3. Tratamiento multirradicular muelas
4. Tratamiento multirradicular muelas, paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
5. Biopulpectomía parcial en dientes permanentes jóvenes con apexogénesis incompleta, radiografía pre y pos hasta 13 años
6. Mantenedor de espacio fijo
7. Mantenedor de espacio fijo, paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
8. Mantenedor de espacio removible
9. Mantenedor de espacio removible, paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
10. Tratamiento de dientes primarios en dientes temporarios que no se encuentran en periodo de exfoliación
11. Tratamiento de dientes primarios en dientes temporarios que no se encuentran en periodo de exfoliación, paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
12. Corona metálica de acero o similares
13. Corona metálica de acero o similares, pacientes bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
14. Discapacitados corona
15. Consulta de estudio diagnóstico, pronóstico
16. Consulta de estudio diagnóstico, pronóstico, paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
17. Tratamiento de periodoncia bolsas hasta 5 mm por sector
18. Tratamiento de periodoncia bolsas hasta 5 mm por sector, pacientes bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia

Dr. JULIO COMELLO
 Presidente del Directorio


0 235

 Vocal del Directorio
 A.P.R.O.S.S.


 DR. CARLOS RICHARTE AGUIAR
 Vicepresidente del Directorio
 A.P.R.O.S.S.


 Ab. JUSTINO ALIAGA
 Vocal del Directorio
 A.P.R.O.S.S.

Habilitación
91- a 180 días

Habilitación progresiva de cobertura

19. Tratamiento de periodoncia bolsas hasta 6 mm o mas por sector
20. Tratamiento de periodoncia bolsas hasta 6 mm o mas por sector, paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
21. Discapacitados, ficha y tratamiento periodontal completo
22. Discapacitados, ficha y tratamiento periodontal completo, paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
23. Terapia de mantenimiento de pacientes a quienes se les ha practicado los codigos 08 03 00, U, 08 04 80
24. Terapia de mantenimiento de pacientes a quienes se les ha practicado los codigos 08 03 00, U, 08 04 80, paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
25. Consulta preventiva para pacientes bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
26. Radiografía periapical
27. Radiografía oclusal
28. Radiografía media seriada de 7 películas
29. Radiografía seriada de 14 películas
30. Radiografía periapical, paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
31. Radiografía oclusal, paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
32. Radiografía media seriada de 7 películas, paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
33. Radiografía seriada de 14 películas, paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
34. Ortopantomografía con autorización previa
35. Teleradiografía de cráneo, con autorización previa
36. Cándilografía a boca abierta y cerrada tac y rnm de atm
37. Ortopantomografía, paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
38. Teleradiografía de cráneo, paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
39. Extracción dentaria
40. Extracción dentaria, paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia


Habilitación
181 a 360 días

1. Plástica de comunicación buco-sinusal
2. Plástica de comunicación buco-sinusal, paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
3. Biopsia por punción, aspiración o escisión con autorización previa, con estudios complementarios
4. Reimplante dentario inmediato al traumatismo con fijación con autorización previa, con estudios complementarios
5. Extracción de dientes retenidos o restos radiculares en retención osea
6. Extracción de dientes retenidos o restos radiculares en retención osea, B95
7. Germectomía con autorización previa, con estudios complementarios
8. Liberación de dientes con retención osea con autorización previa, con estudios complementarios
9. Apicectomía
10. Apicectomía, paciente bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
11. Osteotomía correctiva paraprotecia max, superior e inferior, revorde alveolar, con autorización previa, con estudios complementarios
12. Liberación de frenillo frenectomía con autorización previa, con estudios complementarios

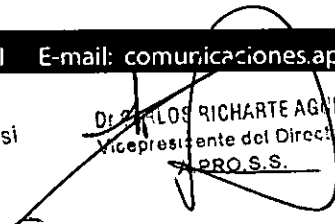

COBERTURA DE PRESTACIONES PARA AFILIADOS VOLUNTARIOS- PERÍODOS DE CARENCIAS ODONTOLÓGICASHabilitación
al día 360**Habilitación progresiva de cobertura**

1. Corona colada con frente estético con autorización previa, con estudios complementarios
2. Perno muñón simple con autorización previa, con estudios complementarios
3. Tramo puente
4. Prótesis parcial hasta 5 elementos
5. Prótesis parcial de mas de 5 elementos
6. Prótesis completa superior
7. Prótesis completa inferior
8. Compostura simple
9. Compostura con agregado de dientes sin retenedor
10. Compostura con agregado de 1 o 2 dientes y un retenedor gancho
11. Compostura con agregado de mas de 2 dientes y un retenedor, ganchos
12. Rebasado
13. Consulta ortodoncia
14. Ortodoncia a etapa inicial aparato
15. Ortodoncia a etapa intermedia aparato
16. Ortodoncia a etapa I aparato
17. Ortodoncia a etapa inicial aparato removible
18. Ortodoncia a etapa intermedia aparato removible
19. Ortodoncia a etapa I aparato removible
20. Placa de relajación
21. Placa de protección resilente para pacientes que están bajo tratamiento de radio y/o quimioterapia
22. Implante dentario inferior/superior

Mediante la presente tomo conocimiento de las carencias aplicables y me comprometo a respetar la cobertura conforme la habilitación progresiva programada, a utilizar exclusivamente la red de servicios y prestadores con los que la A.Pro.S.S. tenga convenio y a aceptar el Nomenclador/Vademécum de esta Administración.



Lic. JULIO COMELLO
Presidente del Directorio

CENTRO DE ATENCIÓN AL AFILIADO 0800 888 2776 | E-mail: comunicaciones.apross@cba.gov.ar


Dr. CARLOS RICARTE AGUIAR
Vicepresidente del Directorio
A.PRO.S.S.
Dr. GUSTAVO ZÚÑIGA
Vocal del Directorio
A.PRO.S.S.

0 235

19


Dr. E. FONTANESI
Vocal del Directorio
A.PRO.S.S.



SOLICITUD DE BAJA AFILIATORIA

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

Córdoba,

Sr. Jefe de Sección
Afiliaiones de A.Pro.S.S.
S ____ / ____ D

Me dirijo a Ud. en mi caracter de titular a fin de solicitar la baja de familiar a cargo.

TITULAR Apellido y nombre:
N° de afiliado:
FAMILIAR Apellido y nombre:
PARENTESCO:
MOTIVO DE BAJA:
DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA:

Acepto y conozco los efectos que trae aparejados la presente solicitud.

Firma del solicitante

CENTRO DE ATENCIÓN AL AFILIADO 0 800 888 2776 | E-mail: comunicaciones.apross@cba.gov.ar

0 23 05

Jul. Comello
Vocal del Directorio
A.P.R.O.S.S.

Jul. Comello

Dr. CARLOS RICHARTE AGUIAR
Vicepresidente del Directorio
A.P.R.O.S.S.

Lic. JULIO COMELLO
Presidente del Directorio
A.P.R.O.S.S.

GUSTAVO ALIAGA
Vocal del Directorio
A.P.R.O.S.S.

[Handwritten signatures]