

Resolución 439/04

POR 1 DIA.- El Honorable Directorio del Instituto Obra Médico Asistencial de la Provincia de Buenos Aires por Resolución 0439/04 resuelve que: VISTO el expediente Nro 2914-21550/04; iniciado por DIRECCIÓN DE AFILIACIONES; caratulado: " ELEVACION DE PROYECTO DE APERTURA DE LA AFILIACION VOLUNTARIA INDIVIDUAL. EL H. DIRECTORIO POR ACTA N°1 DE FECHA 7/01/04 RESUELVE TOMAR CONOCIMIENTO DE LOS ACTUADOS", y;

CONSIDERANDO:

Que el Art. 1, Ap I, primer párrafo, y el Art. 37 del Decreto N° 7881/84 reglamentario de la Ley Orgánica del Instituto de Obra Médico Asistencial de la provincia de Buenos Aires - 6982 (T.O.1987)- establecen que el Honorable Directorio del IOMA podrá autorizar la adhesión en forma directa, individual y voluntaria, a su régimen de personas que acrediten residir en forma permanente en jurisdicción de la Provincia de Buenos Aires o presten servicios permanentes en establecimientos, industrias, o cualquier otra actividad laboral dentro de dichos límites, quienes podrán solicitar la incorporación de familiares a cargo;

Que tanto en el Art. 1, Ap. I, en su segundo párrafo, como en los párrafos siguientes al Apartado V) del Artículo 18 del Decreto 7881/84 reglamentario de la Ley Orgánica del Instituto se prevé que el Honorable Directorio determinará los requisitos y condiciones a cumplimentar por cada uno de los postulantes;

Que el Art.12, inc. A), Ap. II del Decreto citado, establece que el Directorio determinará la política de aportes teniendo como premisa que la recaudación total de este grupo afiliatorio cubra como mínimo el costo real de los servicios que se le brindan;

Que asimismo, el citado artículo prevé que las cuotas se establecerán teniendo en cuenta la conformación del grupo familiar bajo cobertura;

Que a la fecha, la Resolución N°531/96 y su modificatoria 1453/97, que oportunamente aprobaron la incorporación como beneficiarios de la Obra Social en los términos de los Arts. 1 y 37 del Decreto N° 7881/84, se encuentran suspendidas a partir del dictado de la Resolución H.D. N° 100/99, en lo atinente a la aceptación de nuevas solicitudes afiliatorias;

Que por Resolución N° 2065/97 se unificaron los valores de cuotas de la totalidad de los Afiliados Voluntarios Individuales conforme lo establecido en la Resolución 531/96;

Que por Resolución N°443/98, se unificaron en los términos del Art.18 in fine del Decreto N° 7881/84, las cuotas de los Afiliados Voluntarios Individuales por Origen 14 con los valores de la Resolución N°531/96, los que se mantendrán vigentes hasta el 30/04/04, modificándose a partir del 01/05/04 conforme a los valores establecidos en el Anexo I de la presente.

Que con la finalidad de implementar la apertura afiliatoria, resulta necesario aprobar nuevas categorías por grupo familiar con sus correspondientes valores de cuotas, y adecuar a ello al universo de afiliados voluntarios individuales existentes a la fecha, propiciándose al efecto la derogación de las Resoluciones antes aludidas.

Que no obstante, resulta menester disponer la ultra actividad de los efectos de la Resolución 531/96 hasta el 30/04/04, respecto de los valores de las cuotas de afiliados voluntarios individuales y hasta el vencimiento de cada uno de los Convenios Afiliatorios Voluntarios Colectivos, en los que se haya fijado el valor de la cuota por expresa remisión al citado acto, los que deberán renovarse conforme a los valores establecidos para la presente apertura.

Que por Resolución N°654/99 se aprobó el modelo de comprobante de pago para los Afiliados Voluntarios Individuales que mantendrá su vigencia;

Que a los efectos de uniformar el criterio de instrumentación de la apertura propiciada, logrando celeridad en las solicitudes, resulta necesario aprobar un Procedimiento Administrativo aplicable a las distintas áreas involucradas;

Que a la fecha el Alto Cuerpo Colegiado debe resolver una gran cantidad de trámites que semanalmente se ponen a su consideración, lo cual supone un cúmulo de tareas que atenta contra la rápida respuesta que se debe otorgar a cada peticionante;

Que en virtud de lo expuesto, se considera necesario delegar en los Directores Regionales el rechazo, mediante disposición fundada, de aquellos trámites donde el postulante presente una patología de las contempladas en la Resolución Nro 0438/04;

Que sobre el presente Proyecto han dictaminado en forma favorable la Asesoría General de Gobierno (fojas 74/75 y 75 vta), la Contaduría General de la Provincia(fojas 77/78 y 91), Dirección Provincial de Presupuesto (fojas 86/87) y la Fiscalía de Estado(fojas 96/97 y 97 vta);

Que El Honorable Directorio, en su reunión de fecha 31/04/04 según consta en Acta N°_14_, ha resuelto proceder al dictado de la presente;

Por ello,

EL HONORABLE DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE OBRA MEDICO ASISTENCIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

RESUELVE:

Artículo 1°: Derogar las Resoluciones del Honorable Directorio N° 1453/97; 2065/97 y 100/99, ello en virtud de los considerandos expuestos.-

Artículo 2°: Mantener los valores de las cuotas de los Afiliados Voluntarios Individuales por Origen 14 establecidos en la Resolución N°443/98 hasta el 30/04/04, adecuándose a partir del 01/05/04 conforme a los valores establecidos en el Anexo I de la presente.

Artículo 3°: Derogar la Resolución H.D. N° 531/96, disponiendo la ultra actividad de sus efectos hasta el 30/04/04, respecto de los valores de las cuotas de afiliados voluntarios individuales y hasta el vencimiento de cada uno de los Convenios Afiliatorios Voluntarios Colectivos, en los que se haya fijado el valor de la cuota con expresa remisión al citado acto, los que deberán renovarse conforme a los valores establecidos para la presente apertura, ello en virtud de los considerandos expuestos.-

Artículo 4°: Aprobar la adhesión en forma directa individual y voluntaria al régimen médico-asistencial del IOMA, de aquellas personas que acrediten residir dentro de los límites de la Provincia de Buenos Aires o prestar servicios permanentes en establecimientos, industrias, o cualquier otra actividad laboral dentro de dichos límites, y reúnan los requisitos y cumplan con las condiciones que su Ley Orgánica, Decreto Reglamentario y Resoluciones vigentes establecen.-

Artículo 5°: Establecer para la identificación del universo afiliatorio a incorporarse conforme al artículo precedente el Código de Origen 35.-

Artículo 6°: Determinar como lugar obligatorio de solicitud de afiliación la Delegación que corresponda al lugar de residencia del postulante. Para el caso de residir fuera de la Provincia de Buenos Aires, se fijará la Delegación del domicilio de su trabajo, cuando preste servicios permanentes en establecimientos, industrias, o cualquier otra actividad laboral dentro de los límites de esta Provincia. Los postulantes residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que trabajen en la Provincia, podrán optar por la Dirección de Región Capital Federal.

Artículo 7°: Aprobar a partir del 01/05/04 las cuotas afiliatorias Voluntarias Individuales, cuyas categorías y valores se detallan en el Anexo I que forma parte integrante de la presente.-

Artículo 8°: Establecer que la primer cuota de carencia del origen 35 emitida con anterioridad al 01/05/04, se efectuará con fecha y valores correspondientes al mes de mayo del año en curso.

Artículo 9°: Aprobar a partir del 01/05/04 la adecuación de las categorías y valores de cuotas afiliatorias del universo de afiliados voluntarios individuales existente al dictado de la presente, de acuerdo a lo establecido en el Anexo I.

Artículo 10°: Aprobar el Procedimiento Administrativo e Instructivo para la implementación de la presente Apertura Afiliatoria que como Anexo II integrante el presente acto.-

Artículo 11°: Aprobar el formulario modelo de Alta Afiliatoria que, como Anexo III, forma parte integrante de la presente.

Artículo 12°: Delegar en los Directores Regionales el rechazo de las solicitudes de incorporación, mediante Disposición fundada, de aquellos trámites donde el postulante presente una patología de las contempladas en la Resolución Nro. 0438/04;

Artículo 13°: REGÍSTRESE. Publíquese. Notifíquese a las Entidades con Convenios Afiliatorios Colectivos vigentes. Comuníquese a la Asesoría General de Gobierno; Contaduría General de la Provincia y Fiscalía de Estado; Direcciones Generales; Direcciones y Subdirecciones del Instituto. Por Dirección General de Regionalización comuníquese a las Direcciones Regionales y Delegaciones. Cumplido, ARCHÍVESE.

ANEXO I Y II DE LA RESOLUCIÓN 0439/04

ANEXO I – VALOR Y CATEGORIAS CUOTAS AFILIADOS VOLUNTARIOS INDIVIDUALES

Voluntarios	Cargas	Cuota propuesta	Cuota propuesta período de carencia (3 meses)
Menores de 45 años	0	\$65	\$52
Mayores de 45 años	0	\$85	\$68
Directo con	1	\$110	\$88
Directo con	2	\$125	\$100
Directo con	3	\$135	\$108
Directo con	4	\$145	\$116
Directo con	5	\$155	\$124
Directo con	6	\$160	\$128
Directo con	7	\$165	\$132
Directo con	8	\$165	\$132

Directo con	9	\$165	\$132
Directo con	10	\$165	\$132

Nota:

Origen 12 (Padres del afiliado directo que estuvieran a su cargo sin recursos propios, formando parte de la misma unidad habitacional, que sean mayores de 65 años de edad y carente de otra obra social)

Cuotas que resultan de aplicar el coeficiente de 0,45 sobre el importe fijado para el afiliado voluntario individual menor de 45 años sin cargas de familia (\$65).

Origen 15 (familiares a cargo de empleados de I.O.M.A) y origen 22 (madre de los hijos que el afiliado directo hubiera reconocido como propios, mediando impedimento legal para contraer matrimonio por subsistencia de vinculo anterior)

Cuotas que resultan de aplicar el coeficiente de 0,45 sobre el importe fijado para el afiliado voluntario individual menor de 45 años sin cargas de familia (\$65).

Origen 24

Cuotas que resultan de aplicar el coeficiente de 0,45 sobre el importe fijado para el afiliado voluntario individual según la tabla anterior.

ANEXO II Manual de Procedimiento AVI

AREAS AFECTADAS

- Dirección Regional
- Dirección Afiliaciones
- Dpto. Afiliados Voluntarios y Convenios Especiales
- Dirección Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria
- Dirección de Gestión Institucional
- Departamento Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo
- Departamento Coordinación Honorable Directorio
- Dirección Sistemas de Información y Estadística

I. OBJETIVO

Llevar a cabo la Afiliación Voluntaria Individual a la Obra Social.

Límites

Desde la presentación de los requisitos hasta la entrega de la Chequera/ Credencial Afiliatoria.

Comprende

Circuito de Afiliación Voluntaria Individual

Referencia Legal

Resoluciones N° 531/96, 2065/97, 1453/97, 114/98, 510/98, 41/99, 100/99 y 654/99. (a derogar o modificar), serán reemplazadas por una nueva Resolución.

Resolución 114/98 (será reemplazada por una Resolución actualizada)

Resolución 100/99: (a derogar)

Interrumpir a partir del 1/3/99 las solicitudes de Afiliados Voluntarios Individuales por la Resolución 531/96.

Resolución 654/99:(a derogar)

Aprobar el nuevo modelo de comprobante para el pago de Afiliados Voluntarios Individuales.

II. FORMULARIOS A UTILIZAR

- LISTADO DE PRESTADORES DONDE SE REALIZAN LOS ESTUDIOS PREVIOS
 - BASE DE DATOS DE AFILIADOS CON BAJA E Y D) (en disquete)
 - BOLETAS DE DEPOSITO DE ESTUDIOS PREVIOS
 - FICHA N° 3 (AFILIADOS VOLUNTARIOS INDIVIDUALES)
 - PLANILLA RESUMEN DE TRAMITES AFILIATORIOS
 - FICHA 5 (BAJA)
 - FORMULARIO DE HISTORIA CLINICA O FICHA DE SALUD con DECLARACION
- JURADA
- CHEQUERA DE PAGO
 - PROYECTO DE DISPOSICION.

III REQUISITOS

- Domicilio en la provincia de Buenos Aires o acreditación de prestación de servicios en Provincia. La tramitación se realiza en la Delegación que corresponde a su domicilio.
- Tener hasta 65 años de edad inclusive a la fecha de la presentación.
- Hijos solteros hasta los 18 años a cargo del afiliado directo, se extiende hasta los 26 años inclusive si fueran estudiantes.
- Verificación de antecedentes afiliatorios.
- LE, LC o DNI (para exhibir) y fotocopia, del postulante y su grupo familiar.
- Certificado original (para exhibir) y fotocopia que acredite el vínculo del postulante con su grupo familiar (certificado de matrimonio, certificado de nacimiento, libreta familiar)
- Certificado de estudios para mayores de 18 años solteros y hasta 26 años inclusive, a cargo del afiliado directo.
- Ficha de Solicitud de Afiliación Voluntaria completa.
- Historia Clínica (o ficha de salud) / declaración jurada del postulante y de cada uno de los integrantes del grupo familiar.
- Los postulantes de cualquier origen afiliatorio deben cumplir los requisitos precedentes.

IV PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

Nota: únicamente aceptar la documentación que esté completa, recién entonces se le asigna número de trámite. No aceptar trámites con documentación parcial (ej.: falta copia del documento de un miembro del grupo familiar, falta de un certificado de estudios, etc.)

DEL DELEGADO

1. Entrega al postulante folleto con requisitos.
2. Verifica si afiliado con baja D o E en la base de datos.
Si no tiene base de datos informa al postulante que regrese en 48 hs y solicita a la Regional por TE o fax informe sobre estado afiliatorio al finalizar el horario de atención al público.
3. Si el postulante es afiliado con baja D o E, le informa que corresponde iniciar trámite de reincorporación.
4. Si no es afiliado con baja D o E registra este dato en la ficha Afiliatoria que le entrega al postulante.
5. Entrega ficha de salud y bono de estudios previos para ser realizados por el postulante y cada uno de los miembros de su grupo familiar en los prestadores del listado.
6. Informa al postulante que la documentación exigida y presentada será evaluada por la auditoría médica del Instituto.
7. Recibe la documentación presentada por el postulante.
8. Verifica las copias de los documentos presentados por el postulante.
9. Completa la ficha de solicitud de afiliación voluntaria y adjunta las copias de la documentación presentada.
10. Entrega al postulante número de trámite interno de la Delegación que coincida con la planilla resumen de trámites afiliatorios.
11. Informa al postulante que en 48 hs estará el informe de su solicitud. Puede pedirla por teléfono o personalmente.

12. Deberá foliar el trámite completo y entregarlo al médico auditor (de la delegación o en su defecto de la Dirección Regional).
13. Recibe el trámite autorizado por el médico auditor, el Director Regional o el H. Directorio, informa al postulante por teléfono o personalmente y emite la primer cuota de carencia para abonar en Banco Provincia o:
 - 13.1 Recibe el trámite con informe de patologías no descriptas en la Resolución xxx, realizado por la auditoría médica. En este caso: 13.1.1 remite el trámite a la Dirección Regional.
 - 13.2 Recibe el trámite con informe de la auditoría médica denegando la incorporación.
En este caso: 13.2.1 Elabora proyecto de disposición, eleva a la firma del Director Regional, recibe la disposición registrada, cita al postulante (por te.) o espera que llame, para su notificación. Archiva.
 - 13.3 Recibe el trámite con informe de la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria o Comisión de Prestaciones del H. Directorio solicitando estudios complementarios a realizarse por el postulante y a cargo del mismo.
En este caso: 13.3.1 Informa al postulante, retiene el trámite. 13.3.2 Recibidos los estudios, los agrega al trámite y lo envía a la Dirección Regional.
14. Recibe constancia de pago de la primer cuota de carencia, manda el trámite completo (por bolsín, encomienda o referentes) con la planilla resumen de trámites afiliatorios (de acuerdo a la regularidad del sistema de bolsín) por triplicado, al Departamento Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo para la Dirección de Afiliaciones.

15. NOTIFICA RESOLUCIONES DENEGATORIAS

16. DEL AUDITOR MÉDICO DE LA DELEGACIÓN O DIRECCIÓN REGIONAL

1. Recibe el trámite.
2. Evalúa los estudios presentados de acuerdo al Anexo xx de patologías preexistentes que integran la resolución xxx.
3. Firma el informe y:
 - 3.1 con informe favorable eleva a firma del Director Regional.
 - 3.2 con informe desfavorable entrega al delegado.
 - 3.3 con informe de patologías no descriptas en la Resolución, entrega al delegado.
- 3.4 recibe el trámite con la disposición del Director Regional registrada y notifica al postulante. (se considera debe hacerlo el médico auditor porque en el trámite van a estar los motivos médicos de la denegatoria) (que se hace con los estudios médicos, se devuelven al postulante, dejando constancia?)
 - 3.4.1 recibe el trámite denegado con la resolución del H. Directorio registrada y la cédula de notificación para el postulante. Notifica al postulante.

DE LA DIRECCIÓN REGIONAL

1. Recibe el trámite evaluado favorablemente por el auditor médico y lo avala o:
2. Recibe el trámite evaluado desfavorablemente por el auditor médico y firma la disposición denegatoria o:
3. Recibe el trámite dudoso para ser remitido a Sede Central.

DE LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

1. El Departamento Afiliados voluntarios y convenios especiales recibe el trámite con la planilla resumen de trámites afiliatorios, analiza la documentación y:
 - 1.1 Si no hay observaciones carga en sistema de carencias y da fecha de alta. Envía a la Dirección Regional/Delegación (por Mesa Gral. De Entradas, Salidas y Archivo, bolsín?) planilla resumen de trámites afiliatorios con código de cuota, fecha de alta y orden de cobrar carencias restantes.
 - 1.2 Si viene observado de la Dirección Regional, remite a la Dirección de Auditoría y Fiscalización Médico Ambulatoria.
 - 1.2.1 recibe de la Dirección de Gestión Institucional el trámite aceptado.
 - 1.2.2 remite el trámite a la Dirección Regional para que cobre la primera cuota de carencia.

DE LA DIRECCIÓN DE AUDITORÍA Y FISCALIZACIÓN MÉDICO AMBULATORIA

1. Recibe el trámite, analiza y dictamina.

2. Si requiere más documentación remite el trámite a Dirección General de Regionalización solicitándola.
3. Si no requiere más documentación remite el trámite a la Dirección de Gestión Institucional.
4. Recibe el trámite con más documentación, se inicia el circuito 1.

DE LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INSTITUCIONAL

1. Recibe el trámite la Comisión de Prestaciones del H. Directorio.
2. Evalúa y dictamina sobre el aspecto médico. Pasa al H. Directorio.
 - 2.1 si accede, remite el trámite a la Dirección de Afiliaciones.
 - 2.2 si deniega, remite el trámite y dictamen a la Dirección de Relaciones Jurídicas que confecciona el acto administrativo.
3. Eleva el acto administrativo a la firma del Presidente.
4. Registra la Resolución.
5. Confecciona cédula de notificación para el postulante
6. Remite junto al trámite a la Dirección General de Regionalización.

DE LA DIRECCIÓN SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y ESTADÍSTICA

1. Con los datos grabados por la Dirección de Afiliaciones: confecciona las chequeras a partir de la fecha de alta.
2. Envía las chequeras a la Dirección General de Regionalización.

OBSERVACIONES

- El pago de cuotas vence el xxxxx o xxxxx
- Para el uso de la Obra Social deberá tener pago el mes correspondiente.
- Para retirar la chequera el afiliado debe presentar constancia de xxxxx pago anterior.
- Mensualmente la Delegación recibe un padrón de Afiliados Voluntarios con las chequeras.

BAJA

El afiliado debe solicitar la BAJA dentro de los 60 días contados desde el último día del último mes pago. En el caso de producirse una BAJA, por Renuncia o Fallecimiento, la Dirección Afiliaciones, Dpto. Afiliados Voluntarios y Convenios Especiales, recibe la **Ficha V** y da de baja.

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">1</td><td>AFILIADO DIRECTO</td></tr> <tr><td></td><td>2</td><td>AFILIADO A CARGO</td></tr> <tr><td></td><td>3</td><td>ATA</td></tr> <tr><td></td><td>4</td><td>MODIFICACIONES</td></tr> </table>	1	1	AFILIADO DIRECTO		2	AFILIADO A CARGO		3	ATA		4	MODIFICACIONES	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">2 ORIGEN DE AFILIACION</th> </tr> <tr><td style="width: 20px;">11</td><td>FUNCIONARIOS CON CARGO ELECTIVO</td></tr> <tr><td>13</td><td>EX AFILIADOS</td></tr> <tr><td>14</td><td>MAGISTRADOS DEL PODER JUDICIAL</td></tr> <tr><td>16</td><td>AGENTES CON LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO</td></tr> <tr><td>17</td><td>OTROS</td></tr> <tr><td>18</td><td>PERSONAL NO PERMANENTE SIN APORTES</td></tr> <tr><td>19</td><td>AGENTES SUSPENDIDOS POR RAZONES DISCIPLINARIAS</td></tr> <tr><td>20</td><td>APERTURA AFILIATORIA</td></tr> <tr><td>25</td><td>APERTURA AFILIATORIA</td></tr> <tr><td>35</td><td>APERTURA AFILIATORIA</td></tr> </table>	2 ORIGEN DE AFILIACION		11	FUNCIONARIOS CON CARGO ELECTIVO	13	EX AFILIADOS	14	MAGISTRADOS DEL PODER JUDICIAL	16	AGENTES CON LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO	17	OTROS	18	PERSONAL NO PERMANENTE SIN APORTES	19	AGENTES SUSPENDIDOS POR RAZONES DISCIPLINARIAS	20	APERTURA AFILIATORIA	25	APERTURA AFILIATORIA	35	APERTURA AFILIATORIA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">3</td> <td>COD. AFILIADO DIRECTO</td> </tr> </table>	3	COD. AFILIADO DIRECTO
1	1	AFILIADO DIRECTO																																				
	2	AFILIADO A CARGO																																				
	3	ATA																																				
	4	MODIFICACIONES																																				
2 ORIGEN DE AFILIACION																																						
11	FUNCIONARIOS CON CARGO ELECTIVO																																					
13	EX AFILIADOS																																					
14	MAGISTRADOS DEL PODER JUDICIAL																																					
16	AGENTES CON LICENCIA SIN GOCE DE SUELDO																																					
17	OTROS																																					
18	PERSONAL NO PERMANENTE SIN APORTES																																					
19	AGENTES SUSPENDIDOS POR RAZONES DISCIPLINARIAS																																					
20	APERTURA AFILIATORIA																																					
25	APERTURA AFILIATORIA																																					
35	APERTURA AFILIATORIA																																					
3	COD. AFILIADO DIRECTO																																					

SE DEBERA NOTIFICAR CUALQUIER CAMBIO EN LOS DATOS CONSIGNADOS

4	APELLIDO Y NOMBRES		
5	PARTIDO DE RESIDENCIA DEL DIRECTO	CODIGO	6 LOCALIDAD DE RESIDENCIA DEL DIRECTO
7	COD. POSTAL	8 PROVINCIA DE RESIDENCIA	COD.
9A	DOMICILIO DE RES. DIRECTO (CALLE-CAMINO-PARAJE O ESTABLEC.)		NUMERO
9B	TELEFONO	9C	E-MAIL
11	DIA MES AÑO FECHA DE NACIMIENTO	12	TIPO COD NUMERO DOCUMENTO
13	DIA MES AÑO FECHA DE ALTA		

10 ESTADO CIVIL	COD
SOLTERO	1
CASADO	2
VIUDO	3
DIVORCIADO	4
SEP LEGAL	5
SEP DE HECHO	6

FAMILIARES A CARGO										
APELLIDO Y NOMBRES	NACIMIENTO			COD. PAR.	DOCUMENTO COD. NUMERO	COD. ALTA				
	D	M	A							

ANTECEDENTE
 USO SEDE CENTRAL
 USO DCCION
 AFILIACIONES

LUGAR Y FECHA	FIRMA RESPIOMA	FIRMA AFILIADO DIRECTO
14 PERIODO DE PAGO	15 C. CUOTA	
16 ORIGEN DE AFILIACION	17 DIA MES AÑO FECHA CESE	
18 APELLIDO Y NOMBRES	19 NUMERO DE AFILIADO	

El H. directorio del I.O.M.A considerará la cobertura de enfermedades que padezcan el afiliado directo y/o cualquier miembro de su grupo familiar que sean pre-existentes a la fecha de afiliación, quedando facultado el H. Directorio para otorgar los beneficios de acuerdo a la Ley 6982, Decreto Reglamentario y normas vigentes.

CONFORMIDAD DEL AFILIADO DIRECTO

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA FICHA N° 3
AFILIADOS VOLUNTARIOS INDIVIDUALES

Escribir a máquina o en letra tipo imprenta. Se advierte que los espacios reservados para asiento de códigos no deben ser llenados, caso contrario la ficha será rechazada.

1) TRAMITE SOLICITADO: repetir en el cuadro en blanco correspondiente el número de código asignado, procediendo de la siguiente manera:

- | | |
|---|--------|
| a) Primera incorporación del afiliado directo en: | 1 y 3. |
| b) Primera incorporación del afiliado directo con familiares a cargo en: | 1 y 3. |
| c) Incorporación de familiar/es a cargo (afiliado directo ya incorporado) en: | 2 y 3 |
| d) Modificación de datos del afiliado directo en: | 1 y 4. |
| e) Modificación de datos de familiar/es a cargo en: | 2 y 4 |

2) ORIGEN DE AFILIACION: Repetir en el cuadro en blanco correspondiente el número de código asignado.

3) NUMERO DE AFILIADO: Se completará de izquierda a derecha, dejando en blanco los tres últimos casilleros, con el número de afiliado del directo.

4) APELLIDOS Y NOMBRES: se consignará el Apellido y Nombres del afiliado directo.

5), 6), 7), 8) Y 9) PARTIDO, LOCALIDAD, CODIGO POSTAL, PROVINCIA Y DOMICILIO: Indicar lo que corresponda referido al lugar de residencia del afiliado directo.

10) ESTADO CIVIL: Repetir en el cuadro en blanco correspondiente el número de código asignado.

11) FECHA DE NACIMIENTO: Se pondrá cada número en un casillero. Si el día, mes o año es de una sola cifra se lo escribirá dentro de la columna correspondiente al cuadro de la derecha.

12) DOCUMENTO DECLARADO: Consignar en todos los casos el documento Nacional de Identidad, Libreta de Enrolamiento o Libreta Cívica. Sólo excepcionalmente y en caso de no poseerlo se indicará el número de otro documento. Llenar el cuadro código con: 1 si el afiliado es varón. 2 si el afiliado es mujer.

13) FECHA DE ALTA: Se refiere a la fecha de afiliación a este IOMA. Llenar de acuerdo a las instrucciones impartidas en el rubro 11).

FAMILIARES A CARGO

APELLIDO Y NOMBRES: indicar primero los apellidos y luego los nombres.

FECHA DE NACIMIENTO: Se cumplimentará igual que el rubro 11).

CODIGO DE PARENTESCO: Corresponde copiar el número que se encuentra antepuesto a cada uno de los familiares a cargo que a continuación se detallan. En cada caso se indica además la documentación probatoria que debe presentarse.

0 - ESPOSA: Certificado de matrimonio.

0 - ESPOSO INCAPACITADO, CARENTE DE RECURSOS O BIENES DE RENTA: Certificado de matrimonio, certificado de incapacidad expedido por médico oficial o adherido al IOMA.

1 - HIJASTRO MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD QUE NO PERCIBA PENSIÓN U OTROS INGRESOS: Certificado de nacimiento del familiar a incorporar y certificado de matrimonio del afiliado indirecto.

1 - HIJO ADOPTIVO MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD: Certificado de nacimiento.

4 - MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD BAJO TUTELA: Certificado expedido por la Dirección de menores o Testimonio Judicial según corresponda.

3 - MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD EN TENENCIA: Certificado expedido por la Dirección de menores o Testimonio Judicial según corresponda.

2 - MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD BAJO GUARDA: Certificado expedido por la Dirección de menores o Testimonio Judicial según corresponda.

9 - NIETO DEL AFILIADO DIRECTO, HIJO DE MADRE SOLTERA A CARGO: Certificado de nacimiento del familiar a incorporar y certificado de nacimiento de la madre del mismo.

En reemplazo de los certificados de matrimonio y nacimiento que en cada caso se solicitan se aceptará la presentación de fotocopias autenticadas de las mismas o Libreta de Casamiento en la que se encuentren inscriptos los familiares a incorporar.

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO: Cumplimentar igual que el rubro 12).

14) PERIODO DE PAGO: Se reserva para uso exclusivo del IOMA. Se consignarán el mes o los meses que integran el período.

15) CODIGO DE CUOTA: Se reserva para uso exclusivo del IOMA.

16), 17), 18) y 19) ORIGEN AFILIATORIO, FECHA DE CESE, APELLIDO Y NOMBRES Y NUMERO DE AFILIADO: Uso exclusivo Sede Central.