

TITULAR	C.I. <input type="text"/>	Nombres		Apellidos	
	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	F/nac. <input type="text"/>	e-mail <input type="text"/>		cardíaco <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> alérgico <input type="checkbox"/> neoplasia <input type="checkbox"/> fumador <input type="checkbox"/>
Teléfono <input type="text"/>		Celular <input type="text"/>	Dirección <input type="text"/>		Esquinas / Zona / CCZ <input type="text"/>

RESPONSABLE DE PAGO	C.I. <input type="text"/>	Nombres		Apellidos		Fecha Nac. <input type="text"/>
	Teléfono <input type="text"/>		Celular <input type="text"/>	Dirección <input type="text"/>		Esquinas / Zona / CCZ <input type="text"/>
	TARJETA DE CRÉDITO / DÉBITO <input type="text"/>		Nº de tarjeta <input type="text"/>		venc. tarjeta <input type="text"/>	TOTAL a FACTURAR
	Banco <input type="text"/>	Nº cheque <input type="text"/>	Red de Pagos <input type="text"/>		IVA incluido	
e-mail: <input type="text"/>			Declaro que los datos proporcionados son correctos y de mi conformidad.			

VÍA DE INGRESO	Sede <input type="checkbox"/>	TIPO INGRESO	Franquicia <input type="checkbox"/>	PROMOCIÓN	Grupo Fliar <input type="checkbox"/>
	Comercial <input type="checkbox"/>		Común <input type="checkbox"/>		Menor c/resp <input type="checkbox"/>
	Colectiva <input type="checkbox"/>		Prenatal <input type="checkbox"/>		Menor s/resp <input type="checkbox"/>
	Interior <input type="checkbox"/>				

Recuerde que si es afiliación PRENATAL, COLECTIVA o GRUPO FAMILIAR deberá completar anexo.

PRENATAL	Datos de la Madre				
	C.I. <input type="text"/>	Nombres		Apellidos	Fecha Nac. <input type="text"/>
	Cursa Embarazo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si cursa embarazo <input type="text"/> Meses		Otros datos <input type="text"/>	

COLECTIVA	EMPRESA <input type="text"/>		Relación <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado		Desde <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	INTEGRANTES DE LA FAMILIA QUE SE AFILIAN				
	C.I. <input type="text"/>	Nombres y Apellidos		Fecha Nac. <input type="text"/>	Relac. con contratante
	C.I. <input type="text"/>	Nombres y Apellidos		Fecha Nac. <input type="text"/>	Relac. con contratante
	C.I. <input type="text"/>	Nombres y Apellidos		Fecha Nac. <input type="text"/>	Relac. con contratante

.....
FIRMA del TITULAR

.....
ACLARACIÓN

.....
FIRMA del FUNCIONARIO

NORMAS QUE REGULAN LA RELACIÓN ENTRE CASMU y sus AFILIADOS

CASMU brindará asistencia médica integral de acuerdo a lo establecido por las normas estipuladas por el M.S.P. para las Instituciones de Asistencia Médica Colectivizadas de acuerdo a las leyes y decretos vigentes.

Podrá solicitar su ingreso como afiliado toda persona que tenga entre 0 y 49 años de edad, teniendo derecho a la realización de un chequeo médico de forma totalmente gratuita.

Las personas de 50 años en adelante realizarán su ingreso siempre mediante chequeo médico previo en nuestro servicio de Medicina Preventiva.

Medicina Preventiva y los Médicos de zona habilitados considerarán todos los ingresos y sus condiciones, pudiendo la Institución establecer limitaciones totales o parciales, médicas y/o quirúrgicas si correspondiere, comunicando las mismas al solicitante. No asumiendo responsabilidad por patologías previas al ingreso de sus afiliados.

Quien no desee recibir dicho beneficio, deberá firmar una declaración jurada en que exprese no padecer ninguna patología ni estar en tratamiento según lo establecido por Decreto del Mutualismo Ley 15.181 Art. 12; "El solicitante deberá presentar una declaración con todos los datos personales y familiares que le solicitaren relativo a su estado de salud. Toda declaración falsa u omisa que suponga la ocultación de afecciones preexistentes debidamente comprobadas, supondrá la pérdida automática de la afiliación."

Los servicios que no estén comprendidos entre las prestaciones que legalmente debe brindar la Institución serán de cargo del afiliado. (Ej.: traslado de abonados fallecidos en el exterior o en el interior del país; pago por excedentes de días que cubra la Institución en Clínicas Psiquiátricas de acuerdo a los derechos que haya adquirido reglamentariamente; tratamientos que no están comprendidos en las normas del M.S.P.)

No está comprendida dentro las prestaciones del CASMU, ningún tipo de gestión profesional relativa a certificaciones médicas o incapacidad laboral.

DERECHOS DE LOS AFILIADOS

A recibir toda la asistencia y tratamiento que le sean indicados por los médicos de la Institución en el marco de los protocolos de diagnóstico y tratamiento reconocidos y más avanzados.

A recibir un trato respetuoso y considerado de parte de los profesionales universitarios, técnicos y funcionarios.

CASMU prestará asistencia a todos sus afiliados que se domicilien en Montevideo a través de sus Sanatorios, Policlínico Central, Centros Médicos, Consultorios médicos descentralizados y en su domicilio. En el Interior lo hará a través de sus Centros Médicos del Interior en distintos puntos del país.

Podrá solicitar de acuerdo a su libre elección y de entre los profesionales que forman parte de los cuadros técnicos de la Institución, su médico de Medicina General, Pediatría, Ginecología, así como a las especialidades que pudiera ser derivado. Es aconsejable que el afiliado indique su médico de referencia.

Podrán solicitar la afiliación complementaria al SERVICIO PREVISIONAL, CASMU PLUS, EMERGENCIA 1727, SISTEMA ODONTOLÓGICO CASMU, SERVICIO DE ACOMPAÑANTE y todo servicio extraordinario al específicamente brindado por la Institución, debiéndose acoger a la reglamentación inherente a cada uno de ellos y a los costos que devenguen en cada caso.

Los afiliados con una antigüedad mínima de un año, podrán solicitar licencia cuando se ausenten del país por un período mínimo de seis meses, en las condiciones estipuladas en la reglamentación sobre el particular.

Podrá gozar de los beneficios y bonificaciones estipuladas, de encontrarse en las condiciones requeridas para los mismos, (Cuota Familiar, menor, menor con respaldo, etc), debiendo exhibir la documentación que se le exigiera para su tramitación y obtención.

Aquellas personas que estén en trámite de afiliación a CASMU, podrán solicitar asistencia o tratamientos debidamente indicados, abonando los aranceles estipulados por la Institución, hasta la obtención de sus derechos.

Cooperar con las funciones sociales que cumple el CASMU, colaborando y participando con sus actividades de Educación en Salud, tendiendo a mejorar sus prácticas de salud contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

OBLIGACIONES DE LOS AFILIADOS

Para hacer uso de los derechos asistenciales, el afiliado deberá acreditar estar al día con el pago de la cuota social y los copagos, presentar su documento de identidad y abonar las órdenes de asistencia que correspondan.

Las recetas y solicitudes de examen y/o tratamiento especiales e internación son estrictamente para beneficio de la salud del afiliado, expresamente intransferibles constituyendo una falta grave su uso indebido por terceros.

Toda aspirante que al momento de su ingreso esté embarazada debe abonar una sobrecuota equivalente a los meses ya cursados del mismo y el prenatal. Realizar obligatoriamente la confección de la Ficha Obstétrica en el Sanatorio Gineco-Obstétrico, presentando la documentación que acredite haber cumplido con dichas exigencias, para tener derecho a la internación en el momento del parto.

Art. 29 del Decreto Ley del Mutualismo; "Por la afiliación prenatal se abonarán previo a las 27 semanas de gestación el equivalente a tres (3) cuotas de afiliación."

Es considerado uso abusivo la consulta simultánea y múltiple con distintos médicos y la acumulación anormal de recetas y exámenes.

Guardar respeto con la Institución, con sus profesionales universitarios, técnicos y funcionarios.

CESE EN LA CONDICIÓN DE AFILIADO

Por renuncia que debe comunicar bajo firma.

Por omisión en el pago de 3 cuotas mensuales consecutivas.

Por no pago de los suplementos generados por utilización de los servicios. (Tiques, órdenes, etc.)

Por inconducta en su actitud como afiliado.

Por declaración falsa u omisa lo estipulado en el Artículo 12 de la Ley del Mutualismo 15.181

Luego de 2 BAJAS POR MORA, no podrá reingresar a la Institución salvo autorización expresa de la Dirección previo pago de la deuda anterior

FIRMA del TITULAR

ACLARACIÓN

CÉDULA