AMP AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE
Calle 6 Nº 1137 |LA PLATA|1900
SECRETARÍA ADMINISTRATIVA: +54 (221) 429-8417
secretaria.administrativa@amepla.org.ar

NOTIFICACION DE NORMAS Y REGLAMENTACIONES

Por la presente, registro mi inscripción como médico socio para prestar servicios de atención por cuenta de Obras sociales, mutuales y entidades similares que, a tal fin, suscriban o haya suscripto convenio con la AMP o con otras entidades médicas a las cuales la AMP haya conferido o confiera mandato expreso al efecto.

En este acto me notifico de la obligación de cumplir estrictamente con las siguientes normas como condición esencial para el mantenimiento de mi condición de medico socio, la cual cesara automáticamente en caso de incurrir en trasgresión de las mismas:

1. Atención sin discriminación de los beneficiarios de las OS, Mutuales y entidades similares que el medico adhiera y mantengan relación de convenio con la AMP.
2. Exclusión de toda modalidad de atención, por cuenta de OS, Mutuales y entidades similares, que implique una limitación, restricción, o eliminación, del principio de libre elección del médico por parte del paciente.
3. El medico se compromete a no prestar atención mediante ninguna otra vía (entidad intermedia, clínicas, sanatorios u hospitales, o bien en forma directa).
4. Acatamiento a las normas de trabajo y de control técnico administrativo que establezcan las reglamentaciones dispuestas por el consejo directivo de la AMP y/o por los convenios que la institución realice con las OS, Mutuales o entidades similares.
5. No solicitar la baja del padrón o cartilla de una OS, Mutual y entidad similar, por un periodo mínimo de 90 días corridos desde el alta de agremiación.
6. Aceptación de las retenciones y/o aportes que, en virtud de disposiciones legales o de orden institucional regularmente adoptadas practique o cobre la AMP sobre las liquidaciones de honorarios devengados por la atención de pacientes beneficiarios de OS y mutuales.
7. Limitación de la representación exclusiva de la AMP para toda gestión de facturación y cobro de honorarios ante las OS, mutuales y entidades similares.
8. La presente inscripción, en las condiciones establecidas, tendrá vigencia sin término a partir de la fecha, pudiendo ser denunciada mediante comunicación por escrito, efectuada dentro de los 30 días de antelación a la fecha en que se solicita la baja como médico socio.

Asimismo para lograr el alta como Agremiado/a debe cumplimentarse con los siguientes requisitos:

1. Completar de forma adecuada el FORMULARIO DE ALTA, adjuntando la documentación solicitada.
2. Realizar una capacitación teórico-práctica en la cual se abordarán temáticas relacionadas con procesos administrativos y su contralor, beneficios de ser agremiada/o y una introducción al ámbito de desarrollo de la profesión. La misma constará de dos encuentros de 1 hora cada uno a desarrollarse entre los días 20 y 30 de cada mes y será GRATUITA, OBLIGATORIA y PRESENCIAL (siempre que sea la situación epidemiológica lo permita).

FECHA: ……

FIRMA, ACLARACIÓN Y MATRÍCULA DEL o DE LA PROFESIONAL: ……