



Notificación 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 hayan suscripto convenio con la Agrupación Médica Platense o con otras entidades médicas a las cuales la Agrupación haya conferido o confiera mandato expreso al efecto.

En este acto me notifico acerca de la obligación de cumplir estrictamente con las siguientes normas como condición esencial para el mantenimiento de mi condición de Médico Socio, la cual cesará automáticamente en caso de incurrir en trasgresión a las mismas:

Atención, sin discriminación, de los beneficiarios de todas las Obras Sociales, Mutuales y Entidades similares que mantengan relación de convenio con la Agrupación Médica Platense;

Exclusión de toda modalidad de atención, por cuenta de Obras Sociales, Mutuales y entidades similares, que implique una limitación, restricción, o eliminación, del principio de libre elección del médico por parte del paciente.

Acatamiento a las normas de trabajo y de control técnico-administrativo que establezcan las reglamentaciones dispuestas por el Consejo Directivo de la Agrupación Médica Platense y/o por los convenios que la institución realice con las Obras Sociales, Mutuales o Entidades similares;

Aceptación de las retenciones y/o aportes que, en virtud de disposiciones legales o de orden institucional regularmente adoptadas, practique o cobre la Agrupación Médica Platense sobre las liquidaciones de honorarios devengados por la atención de pacientes beneficiarios de Obras Sociales y Mutuales;

Limitación a la representación exclusiva de la Agrupación Médica Platense para toda gestión de facturación y cobro de honorarios ante las Obras Sociales, Mutuales y Entidades similares.

La presente inscripción, en la condiciones establecidas, tendrá vigencia sin término a partir de la fecha, pudiendo ser denunciada mediante comunicación por escrito, efectuada dentro de los treinta días de antelación a la fecha en que se solicite la baja como Médico Socio.

La Plata,/..../.....

Firma:.....

Aclaración:

Matrícula: