

SOCIOS ACEPTADOS

CIRCULO MEDICO DE SALTA

Urquiza 153 – T.E. 4311445- 4310932

MATRICULA
TIPO Y N° DOCUMENTO

REGISTRO PARA LA ATENCION DE OBRAS SOCIALES Y MUTUALES

APELLIDO/S: _____ NOMBRE/S: _____

ESPECIALIDAD/ES: _____

CONSULTORIO:

1) Calle Localidad TE

2) Calle Localidad TE

Días y horario de atención: 1)

2)

PACTO INTERMEDICO

Por la presente, libre y voluntariamente, registro mi inscripción para la atención de beneficiarios de Mutuales, Obras Sociales o cualquier entidad de cualquier naturaleza que brinde cobertura de salud y haya contratado asistencia médica por intermedio del CIRCULO MEDICO DE SALTA; al igual que a los beneficiarios de Sistemas de Capitación, Pre-pagos que administre la citada Entidad, o asociado con entidades públicas o privadas o Entidades, Sub-Comisiones, etc. que conforme el Círculo Médico de Salta; asumiendo totalmente los siguientes compromisos:

- a) Atención sin discriminación a todos los beneficiarios de las Entidades precedentemente enumeradas, según las normas de trabajo que se pacten, o establezca el Círculo Médico de Salta.-
- b) Respetar en todos los casos de contrataciones de servicios médicos asistenciales (aún a través de “terceros” ó “con terceros”) toda la normativa vigente del Colegio de Médicos de la Provincia.-
- c) Respeto de las normas para médicos y normas de trabajo establecidas o a establecer por el Círculo para la prestación de servicios.-
- d) Aceptación del control de las Comisiones de Auditoría Médica y las resoluciones que emanen de las mismas, como asimismo de la reglamentación de su funcionamiento.-
- e) Colaboración con la gestión de dichas comisiones en sus tareas de evaluación y estadísticas del trabajo médico.-
- f) Aceptación plena para que el Círculo Médico de Salta, efectúe retenciones legales, impositivas, previsionales, gremiales, del importe de las liquidaciones de gastos y honorarios.-
- g) Autorización al Círculo Médico de Salta para la percepción de las entidades nominadas en el encabezamiento de la presente, de los gastos y honorarios que se facturen.-
- h) Aceptación de los procedimientos tendientes a la investigación de toda presunta irregularidad, reconociendo en el Círculo Médico de Salta, facultad sancionatoria como prestador de las Entidades nominadas al comienzo, y/o como socio de la Institución.-
- i) Abstenerse de realizar contrataciones directas con Obras Sociales, Mutuales, Pre-pagos o Entidades que mantengan vinculación con el Círculo Médico de Salta.-

El presente compromiso, tiene vigencia “sine die”, salvo la facultad del socio de ingresar o egresar de los sistemas de atención médica contratados por el Círculo Médico de Salta, conforme a las reglamentaciones que se dicten.-

Lugar y fecha: _____

Firma y sello del Médico

(La presente ficha debe llenarse a máquina o con letra clara, tipo imprenta)