

Asociación Argentina Mutual Motociclista SISTEMA OPERATIVO

A continuación se detalla el **SISTEMA OPERATIVO** de la Asociación Argentina Mutual Motociclista (**A.A.M.M.**):


IDENTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Los pilotos de la AAMM que se acerquen a los centros convenidos para su atención deberán presentarse con el **Recibo de la mutual** (se envía modelo de recibo en archivo adjunto) y su **DNI**.

El centro deberá quedarse con una **copia** del mismo para el registro del paciente.

VIGENCIA COBERTURA MÉDICA

La vigencia de la cobertura médica de los afiliados a la AAMM es de **120 días corridos**. Los mismos rigen **desde la FECHA DE PAGO DE LA COBERTURA**, la cual se encuentra en el **RECIBO** de la mutual (indicado en color **ROJO**) , **hasta el día 120** a partir de la misma.

	Mat. N° BA2981 (INAES) Sede Central: calle 35 N° 566 Tel/Fax: 0221 - 4825439 e-mail: info@mutualmotociclistas.com.uy 1500 - La Plata - Bs. As.	RECIBO N° 0001 - 00021001																							
I.V.A. EXENTO		C.U.I.T.: 30-71215698-7 Fecha: Ing. Brutos: Exento Fecha Inicio de Act.: 01/01/2012																							
Señores: _____ Categoría: _____ Domicilio: _____ Localidad: _____ Pcia: _____ Tel: _____																									
I.V.A.: Resp. Inscripto <input type="checkbox"/> Exento Cons. <input type="checkbox"/> Final <input type="checkbox"/> Resp. Monotributo <input type="checkbox"/>		C.U.I.T. N°: _____																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="font-size: x-small;">CONCEPTO</th><th style="font-size: x-small;">IMPORTE</th></tr></thead><tbody><tr><td style="font-size: x-small;">Por servicio de subsidio en accidente de carrera</td><td></td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td style="text-align: center;">TOTAL \$</td><td></td></tr></tbody></table>	CONCEPTO	IMPORTE	Por servicio de subsidio en accidente de carrera								TOTAL \$		<p style="font-size: x-small;">Recibimos la suma de pesos: _____</p> <p style="font-size: x-small;">Por los conceptos expresados en el margen.</p> <p style="font-size: x-small;">Efectivo: _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="font-size: x-small;">CHEQUE N°</th><th style="font-size: x-small;">BANCO</th><th style="font-size: x-small;">FECHA</th><th style="font-size: x-small;">IMPORTE</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	CHEQUE N°	BANCO	FECHA	IMPORTE								
CONCEPTO	IMPORTE																								
Por servicio de subsidio en accidente de carrera																									
TOTAL \$																									
CHEQUE N°	BANCO	FECHA	IMPORTE																						
<p>El servicio se presta de conformidad al Reglamento de subsidio para gastos médicos por accidentes en camino aprobado por AES. N° 2639 INAES. Este Asociación no cubre e quince violazan las reglamentaciones vigentes que reglan las competencias de motociclistas. La comisión directiva.</p> <p>Tel. Acompañante: _____</p> <p style="text-align: center;">Son \$ _____</p> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">Por AAMM</p>																									
<p>Impreso por entrecorreas s.r.l. - Hab. Municipal N° 44354-9 - CUIT: 30-68485605-3 Septiembre 2012 - Comprobantes Impresos del N° 0001-00020001 al N° 0001-00040000 Orientación al Consumidor Prov. de Bs. As. 0002224092</p> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">ORIGINAL: Blanco / COPIADO: Color</p>																									

AUTORIZACIONES

***PRACTICAS QUE NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA POR LA AAMM:**

- Primeras practicas (Consultas medicas, Radiografías)

***PRACTICAS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA POR LA AAMM:**

-Estudios de alta complejidad (Resonancias, Tomografías, estudios con contraste, Kinesiología, Fisioterapia) e Intervenciones quirúrgicas (estudios pre-quirúrgicos, practicas, honorarios médicos, materiales, etc).

El horario de atención es de 8.30 a 16 hs de lunes a viernes.

Dentro de ese horario deberán enviar un mail detallado, llamar por teléfono solicitando autorización de cualquier tipo, la Mutual la realizará en el momento en una hoja membretada.

En caso de que el paciente se presente para realizarse las atenciones fuera del horario de atención de la mutual, y las mismas NO esten previamente autorizadas , el paciente deberá presentarse con la misma EN MANO.

Los mails donde pueden enviar el detalle para la autorización son:

tortonedianella@gmail.com_o aamutualmotociclista@gmail.com,

Para un control interno se solicita enviar las órdenes de las prácticas a autorizar.

Los fines de semana y feriados, los Centros que son informados del evento que se realizara en su localidad, deberán brindar COMPLETA atención a los Pacientes/ Pilotos que INGRESEN POR GUARDIA dejando pendiente las autorizaciones para el próximo día hábil para su posterior facturación.

FACTURACIÓN

Se deberá enviar **SIN EXCEPCIÓN** adjunto con la facturación de cada mes **copia de las ordenes y/o prácticas autorizadas** por la AAMM.