

**CONVENIO ASISTENCIAL:FACULTAD DE ODONTOLOGIA-
AFFUR, UTHC**

Fecha.....
Ficha de afiliación N°.....
Dependencia o servicio universitario.....
Nombre y apellidos del funcionario.....
Domicilio.....
Teléfono.....
C.I.....N° de cobro.....N° de funcionario.....

Autorizo a la Universidad de la República a realizar el descuento de 1.5% sobre el salario Nominal con destino al Convenio de Asistencia Odontológica entre la Facultad de Odontología y los gremios de AFFUR Y UTHC.

Firma del Funcionario.....

Aclaración de firma.....

.....

Convenio : Facultad de Odontología – AFFUR- UTHC

Servicio Odontológico de funcionarios agremiados en AFFUR – UTHC

FICHA DE AFILIACIÓN N°..... Fecha/...../.....

Información del funcionario:

Nombres.....

Apellidos.....

Domicilio.....

Departamento..... barrio.....

Calle..... N°..... apto.....

Teléfonos.....

Cód. postal..... e-mail.....

Dependencia o servicio universitario.....

Descripción del cargo.....

N° de cargo.....

Escalafón..... grado..... hs. de trabajo semanales.....

Dirección del trabajo..... teléfono.....

Horario de trabajo.....

Núcleo familiar:

Nombre y apellido completo	parentesco	edad	Dirección (si es diferente)	teléfono

Anotar en cada fila el grado de parentesco y edad de las personas que solicitan afiliación. Se tendrán en cuenta cónyuges, hijos (hasta 21 años) o padres cuando los últimos estén a cargo del funcionario.

Anotar la dirección y teléfono solo si es diferente a la del funcionario titular.

Firma del funcionario

Firma Director del Servicio

Aclaración de firma

CONDICIONES DE AFILIACIÓN AL CONVENIO FO-AFFUR-UTHC

A partir de la fecha de firma de este documento, el funcionario agremiado en AFFUR o UTHC y su familia se integran voluntariamente al Convenio de Asistencia Odontológica, acordado entre los gremios y la Facultad de Odontología.

La afiliación al Servicio le otorga derechos asistenciales al funcionario, su pareja, sus hijos menores de 21 años, o en caso de no tener hijos, a sus padres, siempre que éstos se encuentren a su cargo (con excepciones ante casos particulares en que la situación lo amerite).

Tendrán derecho a todos los beneficios otorgados por el Servicio, respetando para la atención el orden y criterios de prioridad establecido de común acuerdo con los gremios.

Tendrán derecho a recibir una atención integral en odontología que incluye: prevención de las enfermedades bucales, tratamiento, urgencias y atención de mayor complejidad dentro de los niveles sustentables por el Servicio.

El valor de la cuota se establece en un porcentaje del 1,5% sobre los haberes mensuales nominales del funcionario afiliado el cuál se descontará del salario en cada Servicio.

Existiendo múltiples prestaciones subsidiadas, el funcionario se compromete a abonarlos costos de aquellas prestaciones que así lo requieran.

De acuerdo a los montos se podrá establecer un plan de pago de cuentas mensuales preestablecidas a acordar con el funcionario.

Los pacientes deberán concurrir a la consulta los días y horas convenidos, o avisar la cancelación de la misma en lo posible con 24 hs. de antelación; con dos faltas consecutivas sin aviso deberá volver a solicitar hora al teléfono **2487 30 48 int. 163**.

Podrán rescindir el compromiso con el Servicio en cualquier momento quienes no hayan hecho uso del mismo personalmente o a través ningún miembro del núcleo familiar.

Quienes personalmente o a través de un familiar hayan hecho uso del Servicio deberán esperar un año desde la fecha de la última consulta período durante el cual deberán aportar la cuota correspondiente.

Así mismo deberá estar al día con los pagos correspondientes a las prestaciones realizadas.

Aquellas situaciones no contempladas en los casos citados serán de resolución de la Comisión Directiva.

Fecha _____

Firma _____