

CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE EL ALCANCE DE LA COBERTURA DE PRÓTESIS E IMPLANTES



En la localidad de _____, a los _____ días del mes de _____ del año 20_____.

Datos del afiliado/a:

Apellido/s y nombre/s: _____ DNI: _____

Número de afiliado/a: _____

Medico/a tratante: _____

Práctica indicada: _____

Declaración:

En mi carácter de afiliado/a de la Obra Social del Personal de Entidades Deportivas y Civiles (OSPEDYC), dejo expresa constancia de haber recibido información clara, suficiente y comprensible respecto del alcance de la cobertura correspondiente a la prótesis o implante indicado para mi tratamiento, de conformidad con la normativa vigente emanada del Ministerio de Salud de la Nación, la Superintendencia de Servicios de Salud, el Programa Médico Obligatorio (PMO) y demás disposiciones aplicables a la obra social.

Asimismo, declaro haber sido informado de lo siguiente:

El alcance de la cobertura brindada por OSPEDYC para la prestación indicada; las alternativas de cobertura disponibles; que, cuando exista una alternativa clínicamente equivalente cubierta por OSPEDYC, la elección de una prótesis o implante distinto podrá generar una diferencia económica a mi cargo, de conformidad con la normativa vigente y la evaluación efectuada por Auditoría Médica; que dicha diferencia económica, en caso de corresponder, será abonada directamente al proveedor o prestador correspondiente, siendo dicha contratación ajena a OSPEDYC, quien no participa de la negociación, facturación, cobro ni garantía comercial del producto seleccionado, y sin que ello implique obligación de reintegro, reconocimiento o compensación alguna por parte de OSPEDYC

Dejo constancia de haber sido informado de las alternativas terapéuticas disponibles y que la prótesis/implante cubierta por OSPEDYC resulta clínicamente apta para el procedimiento indicado. Asimismo, manifiesto que la elección de una prótesis o implante distinto del contemplado por la cobertura vigente responde a una decisión libre e informada, luego de haber recibido explicación suficiente sobre las alternativas terapéuticas disponibles.

Declaro haber comprendido íntegramente la información recibida, haber tenido la oportunidad de formular todas las consultas que consideré necesarias y haber obtenido respuestas claras y satisfactorias.

En consecuencia, acepto expresamente asumir, cuando corresponda, el pago de la diferencia económica que pudiera originarse por la elección de una alternativa distinta de la cubierta por OSPEDYC, luego de haber recibido la información correspondiente.

La firma del presente documento deja constancia de que OSPEDYC ha cumplido con su deber de información respecto del alcance de la cobertura y de que el afiliado/a ha comprendido las condiciones comunicadas, sin que ello implique renuncia a los derechos que le reconoce la legislación vigente.

Información económica

Monto cubierto por OSPEDYC: \$ _____ Diferencia a cargo del afiliado (si corresponde): \$ _____

Proveedor: _____

Firma del afiliado/a

DNI: _____ Firma : _____ Aclaración: _____