

ANEXO IV

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACEPTACIÓN DE MODALIDAD DE COBERTURA DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

Fecha: ____/____/____/

Por medio de la presente en mi carácter de: familiar/tutor/curador/afiliado/apoderado, etc., acepto la modalidad de cobertura a reconocer por parte de la OSEP para el Acompañamiento Terapéutico a beneficio del Afiliado N°:

Sr/a _____

a tenor de la patología que padece _____

Acepto y reconozco las características de la cobertura, de acuerdo a normativas de la OSEP, siendo a cargo del familiar/tutor/curador/afiliado titular y/o beneficiario de la cobertura que exceda en el tiempo o aranceles normados por la OSEP.

Acepto que la cobertura a reconocer es exclusivamente con prestadores habilitados para fin y aceptados según las normativas que propone la Obra Social para garantizar una prestación de calidad para el afiliado y hasta los valores convenidos.

Acepto que recibida la cobertura por parte de la OSEP, y con los términos acordados, nada tengo que reclamar a la OSEP. Entiendo y acepto que no corresponde a la OSEP asistir en aquellas prestaciones que excedan su Nomenclador Prestacional y que la cobertura a reconocer sólo alcanzará a las condiciones propuestas por el programa asistencial para tal fin.

Asimismo, la familia y los profesionales intervinientes se comprometen a trabajar de manera conjunta para el logro de los objetivos propuestos.

Firma y aclaración del familiar responsable

Firma y aclaración del Acompañante Terapéutico

Firma y aclaración de profesionales del equipo interviniente