

## ACTA DE ADHESIÓN DEL PROFESIONAL AL PROGRAMA DE ASMA - IOSCOR

El Profesional..... Matricula Provincial N°.....; médico habilitado en el padrón de prestadores del INSTITUTO DE OBRA SOCIAL DE LA PROVINCIA –I.O.S.COR- quien habiendo cumplido adecuadamente los recaudos de su admisión al Programa de Asma, creado por Resolución N° , declara por medio de la presente **CONOCER Y ACEPTAR** las condiciones y requisitos que establece el Plan en todas sus partes, y a través de la presente SE COMPROMETE a ajustarse estrictamente a las pautas que a continuación se mencionan:

2. A realizar cursos de capacitación y actualización permanente y/u otros recaudos exigidos y fiscalizados por la División Planes Especiales con intervención de la Gerencia de Prestaciones, áreas éstas que fiscalizarán el apego estricto de los profesionales a las normativas del plan.
- 2.- A tener claros y acabados conocimientos de los objetivos del Plan, como también de la población a que está destinado el mismo, circunscribiéndose específicamente a ello en oportunidad de su intervención.
- 3.- A tener conocimiento de los alcances de la cobertura, de la utilización de la chequera y las documentaciones necesarias, a fin de brindar información adecuada a los pacientes.
- 4.- A completar la planilla de ingreso y/o renovación, cuando exista cambios en el plan terapéutico; con letra legible, fecha y sello del profesional.

5.-A prescribir los medicamentos enumerados en el vademécum establecido para el Plan, cuya nómica consta en el Anexo III de la Resolución N° , exclusivamente.

Habiéndose contemplado la totalidad de los medicamentos necesarios para la patología objeto del Plan, es que:

- De prescribir medicamentos no incluidos en el vademécum del plan, los costos de los mismos les serán debitados al prestador.
- De igual modo, en caso de que el IOSCOR se encuentre obligado por vía judicial y/u otras, a proveer medicamentos no incluidos en el Plan sus costos les serán debitados.
- Igual criterio se adoptará cuando el afiliado solicite los reintegros correspondientes, por indicación y provisión por fuera de vademécum del Plan.

6.-A respetar las dosis establecidas para cada medicamento.

7.-A no exigir y/o percibir adicional económico por ningún concepto.

De detectarse, a través de las áreas encargadas de fiscalizar a los profesionales, incumplimiento por parte de los mismos a los requisitos enunciados precedentemente, serán excluidos del Plan de Asma en forma automática, circunstancia que les será notificada por medio fehaciente, por parte de la Gerencia de Prestaciones.



**Instituto de Obra Social de la Provincia de Corrientes**

Por medio de la presente, manifiesto adherir al Programa de Asma, creado por Resolución N° \_\_\_\_\_, y me comprometo a respetar las pautas de trabajo inherentes al mismo *ut supra* señaladas, **FIRMANDO** el presente documento en prueba de conformidad, en la Ciudad de Corrientes, a los.....días del mes de.....del año 20 .....

FIRMA

Nombre y Apellido:

DNI:

Matricula Provincial:

Especialidad:

Dirección:

Correo Electrónico:

Localidad:

Código Postal:

Teléfono Celular:

Teléfono Fijo: