

**ACTA DE ADHESIÓN DEL PROFESIONAL AL
PROGRAMA DE CONTROL Y TRATAMIENTO
“PLAN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL”**

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 Control y Tratamiento denominado Plan de Hipertensión, creado por Resolución N° 7563/11 y su modificatoria vigente por Resolución N° 4683/15, 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:

1. 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 las planillas habilitadas, 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 VI de la Resolución N° 4683/15, 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 del Hipertensión Arterial en forma automática, circunstancia que les será notificada por medio fehaciente, por parte de la Gerencia de Prestaciones.

Por medio de la presente, manifiesto adherir al Programa de Control y Tratamiento denominado Plan de Hipertensión, creado por Resolución N° 7563/11 y su modificatoria vigente por Resolución N° 4683/15, 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: