

**CONSENTIMIENTO DE COBERTURA DE LA PRÁCTICA “LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO”**

Afiliada:.....

DNI Nro:..... Nro. de afiliada:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad de: .....Provincia de:.....

Teléfonos:.....

Correo electrónico: .....

Fecha de nacimiento:.....

Mayor de edad y plenamente capaz, manifiesto que requerí a la **OBRA SOCIAL PARA LOS PROFESIONALES DEL ARTE DE CURAR (OSPAC)** la cobertura de la práctica denominada “**Ligadura de Trompas de Falopio**” y que **OSPAC** accedió a brindármela en los términos de la Ley Nacional Nº 26.130, es decir con cobertura del 100% de los costos y sin coseguros.- A los fines referidos declaro expresamente: **1)** Que fui informada en un lenguaje claro y sencillo por parte de **OSPAC** sobre la naturaleza e implicancias sobre la salud de la intervención de ligadura de trompas, las características del procedimiento quirúrgico, sus posibilidades de reversión, sus riesgos y consecuencias. **2)** Que fui informada sobre la alternativa de utilización de otros anticonceptivos no quirúrgicos también autorizados y cubiertos por **OSPAC**. **3)** Que fui informada, comprendí y acepto que la cobertura de **OSPAC** comprende: a) un (1) día de internación, b) medicamentos y material descartable inherente a la prestación, c) anestesia y d) honorarios médicos conforme Nomenclador Nacional de Prestaciones; pudiendo también realizarse conjuntamente con la cesárea. **4)** Que fui informada, comprendí y acepto que las prácticas no inherentes a la Ligadura de Trompas tendrán la cobertura correspondiente a mi plan de afiliación. **5)** Que fui informada, comprendí y acepto que **OSPAC** no brinda cobertura a ningún procedimiento de reversión, ni a los costos que involucre una eventual pretensión posterior de efectuar cualquier procedimiento de fertilización asistida. **6)** Que comprendí la información que se me ha dado, que realicé todas las preguntas que me parecieron oportunas, que las mismas me fueron respondidas satisfactoriamente por **OSPAC**, que estoy satisfecha con la información recibida, que entiendo y acepto el alcance de la cobertura informada por **OSPAC**. **7)** Que elegí libremente al profesional que realizará dicho procedimiento, Dr.....

Por todo ello, en tales condiciones manifiesto que **ACEPTO** la cobertura total (100% de los costos) ofrecida por **OSPAC** para la **LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO** que libremente solicité.

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente en la ciudad de ....., a los ..... días de ..... de..... -

Firma de la afiliada:.....

Aclaración de la firma de la afiliada:.....