

Anexo X**Declaración Jurada de Prestadores Individuales**

Disposición I.A.P.O.S. Nº: _____

Apellido y Nombre: _____

Matrícula Profesional Nº: ____ Libro: ____ Folio: ____ Expedido por: _____

Documento de Identidad - Tipo: _____ Nº: _____

Domicilio Particular: _____

Localidad: _____ Código Postal: _____

Domicilio Laboral: _____

Localidad: _____ Código Postal: _____

Teléfonos: _____

Especialidad 1: _____

Especialidad 2: _____

Especialidad 3: _____

C.U.I.T. Nro.: _____

El que suscribe el presente instrumento, el que a su vez reviste el carácter de Declaración Jurada, solicito inscripción en el Registro de Prestadores para brindar atención médica a los beneficiarios de la Obra Social I.A.P.O.S., comprometiéndome por el presente a:

1) Prestar servicios médicos a los afiliados del I.A.P.O.S. en un todo de acuerdo a la disposición citada y las modificaciones que se pudieran introducir en el futuro.

Asimismo dentro de la prestación de servicios, me comprometo a prescribir medicamentos en un todo de acuerdo con el Formulario Terapéutico aprobado por la Obra Social y las prácticas y elementos médicos comprendidos en el "Servicio Complementario" de la Obra Social de acuerdo a los Protocolos aprobados por ésta, los que declaro conocer y acepto de conformidad por ser mi voluntad.

En el supuesto que la patología del paciente de I.A.P.O.S. pueda ser resuelta por una nueva tecnología sanitaria (medicamentos, aparato diagnóstica, dispositivos terapéuticos, técnicas quirúrgicas y/o procedimientos) no incorporada en normativa vigente, me comprometo a solicitar autorización a la Obra Social para su utilización, sin trasladar previamente al afiliado la cuestión y/o solicitar su mediación. Asimismo, y para el caso que utilice y/o incorpore en mi especialidad nuevas tecnologías y/o tratamientos para la resolución de patologías, propondrá a la Obra Social la conveniencia de su incorporación al contrato, con el aporte formal de toda la bibliografía que sustente el pedido, para ser evaluada por la Obra Social y aprobada, si a su criterio correspondiera.

2) Aceptar expresamente que el pago de las prestaciones objeto de este contrato será efectivizado conforme a la modalidad de pago por prestación, siendo el mismo cancelatorio de las obligaciones contraídas por el I.A.P.O.S. Asimismo acepto que dichos pagos se harán efectivos previa cumplimentación de los requisitos y/o exigencias administrativas y técnicas de auditoría.

3) No efectuar discriminaciones respecto de los afiliados de I.A.P.O.S., a no cobrar, convenir ni exigir "plus", ni suma alguna por ningún concepto respecto de las prácticas incluidas en el contrato referido, prestando los servicios que me sean requeridos por los afiliados de I.A.P.O.S., conforme las cláusulas contractuales que declaro conocer y aceptar en todos sus términos. Presto mi conformidad para que, en el caso de que se constate en forma fehaciente el cobro de algún

tipo de adicional al afiliado de la Obra Social, dicho importe sea debitado de mi facturación, sin perjuicio de las medidas sancionatorias (suspensión o bajo del padrón) que pudieran corresponderme.

4) Cumplir las normas de trabajo y protocolos de diagnóstico y/o tratamiento aprobados por el I.A.P.O.S., que acepto íntegramente, por haber tenido acceso a los mismos, a través de la notificación correspondiente y/o por estar disponibles en página web de la Obra Social: www.santafe.gov.ar/iapos - Tema: Protocolos de Autorización de Prestaciones.

Asimismo acepto toda nueva normativa y/o modificación de las existentes que I.A.P.O.S. comunique a través de los medios citados. También, manifiesto que es de mi conocimiento que, ante la comprobación de incumplimientos de mi parte, podré ser excluido del Padrón de Prestadores de la Obra Social, lo que me impediría la prescripción de medicamentos, prácticas y elementos médicos a pacientes en calidad de afiliados del I.A.P.O.S. en todo el ámbito de cobertura de la Obra Social.

FIRMA

ACLARACION

LUGAR y FECHA: _____