

Fecha
Día Mes Año

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 APROSS consistente en Acompañamiento Terapéutico en beneficio del afiliado N°: _____, Sr/a. _____, a tenor de la patología que padece. _____

Acepto y reconozco que la cobertura es limitada en el tiempo, de acuerdo a normativas de Aprox, siendo a cargo del familiar / tutor / curador / afiliado titular y/o beneficiario de la cobertura que exceda el tiempo normado.

Acepto que la cobertura a reconocer es exclusivamente con prestadores Aprox y hasta los valores nombrados.

Acepto que recibida la cobertura por parte de la Aprox y en los términos acordados, nada tengo que reclamar a la Aprox.

Entiendo y acepto que no corresponde a la Aprox asistir en aquellas prestaciones que excedan su Nomenclador Prestacional y que la cobertura a reconocer cuenta con un coseguro a cargo del beneficiario de la prestación el que deberá ser abonado al prestador tratante.

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 de profesionales del equipo interviniente

Firma y aclaración del Acompa ante Terapéutico