# Acta de compromiso y de aceptación de modalidad de cobertura de A. T.

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 Apross, 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 Apross y hasta los valores nomenclados.

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

Entiendo y acepto que no corresponde a la Apross 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 Acompañante Terapéutico |
|---|---|---|