

JERARQUIZACION en OBRAS SOCIALES VARIAS DE LA CONSULTA EN ESPECIALIDADES CLINICAS

APELLIDO Y NOMBRE: **M.P.:**.....

ESPECIALIDAD DECLARADA:

Por medio de la presente, solicito el beneficio de la Jerarquización en O.S. Varias y Prepagas de la consulta de las especialidades clínicas.

REGLAMENTO DE JERARQUIZACIÓN DE O.S. VARIAS Y PREPAGAS

La JERARQUIZACIÓN implica un valor agregado de la consulta médica para aquellos profesionales que ejerzan las especialidades clínicas mas abajo numeradas.

Los médicos que consideren acceder a la JERARQUIZACIÓN de O.S. Varias y Prepagas deberán poseer título de especialista vigente y/o recertificación al día otorgado por alguna de las siguientes entidades: Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, Universidades Nacionales avaladas por la CONEAU y Sociedades Científicas Nacionales.

La JERARQUIZACIÓN de la consulta incluye al día de la fecha la consulta ambulatoria.

Quedan **excluidos** del beneficio aquellos profesionales que ejerzan especialidades quirúrgicas, los que realicen prácticas especializadas, *o que posean una especialidad de segundo nivel la cual desarrollen y que no se encuentre incluida en el listado de especialidades debajo enumeradas*; así como también, las consultas de guardia e internación.

Las especialidades que pueden acceder son:

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| 1. Clínica Médica | 6. Infectología | 11. Oncología |
| 2. Clínica Pediátrica | 7. Medicina General | 12. Psiquiatría |
| 3. Endocrinología | 8. Nefrología | 15. Reumatología |
| 4. Geriatria / Gerontología | 9. Neurología | |
| 5. Hepatología | 10. Nutrición | |

El profesional incluido en el beneficio no podrá facturar practicas, de lo contrario será pasible de sanción a determinar por consejo directivo.

El profesional que reciba la JERARQUIZACIÓN de O.S. Varias y Prepagas, podrá optar por dejar de hacerlo en el momento que desee, y comenzar a facturar prácticas especializadas o quirúrgicas.

EL presente reglamento será sometido a revisión cuando el Consejo Directivo lo disponga.

FIRMA, SELLO Y FECHA: **RECIBIDO A.M.P.:**