

Trelew, 18 de abril de 2022

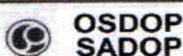
Sr. Prestador Médico

S _____ / _____ D

En nuestro carácter de Secretaria General de la Seccional Chubut del Sindicato Argentino de Docentes Privados, SADOP; y de Referente Operativa de la Delegación Chubut de la Obra Social de Docentes Privados, OSDOP, nos dirigimos a usted a los efectos de informarle el proceder con el beneficio del "Coseguro Cero".

Se trata de un beneficio para nuestrxs afiliadxs a la organización sindical, SADOP, y a la obra social, OSDOP. Esta doble condición lxs hace beneficiarixs de la exención del pago del coseguro estipulado por nuestra obra social. Cabe destacar que este beneficio no alcanza a quienes solo están afiliadxs a OSDOP. Por lo tanto, para la puesta en acto del beneficio, los bonos tendrán la siguiente distinción:

- **Doble afiliación: se indica "COSEGURO A PAGAR EN EL PRESTADOR: 0,00" y además un sello de agua con la palabra SADOP**

		Emitido: 19/04/2022	Observ. <input type="checkbox"/> Coseguro a pagar en el prestador. 0,00	Orden
		Vence: 19/07/2022	Bono: CONSULTA AMBULATORIA	N 30125658
IDENTIFICACION GRUPO FAMILIAR		IDENTIFICACION DE LA PRACTICA		
AFILIADA/O	<input type="checkbox"/> Área de Atención	Prescripción	Código	Cant.
	<input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Internado	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Consulta Ambulatoria	420101	1
Tipo de Bono				
<input type="checkbox"/>	Consulta Ambulat.	<input type="radio"/>		
<input type="checkbox"/>	Consulta Domic.	<input type="radio"/>		
<input type="checkbox"/>	Consulta Espec.	<input type="radio"/>		
<input type="checkbox"/>	Práctica Ambulat.	<input type="radio"/>		
<input type="checkbox"/>	Salud Mental	<input type="radio"/>		
<input type="checkbox"/>	Rehabilitación	<input type="radio"/>		
<input type="checkbox"/>	Odontología	<input type="radio"/>		
<input type="checkbox"/>	Internación	<input type="radio"/>		
<input type="checkbox"/> Diagnóstico Presuntivo:			Código Dx	
DNI AFILIADA/O	Firma del Afiliado:	Datos Adicionales:		Sec. Imp. 0
Autorización:		Matr. Prescriptor (Firma y Sello)	Matr. Efector (Firma y Sello)	
Fecha: / /		Fecha: / /	Fecha: / /	
Firma: Deleg. Prestac. U010			U020	



El coseguro que no paga el beneficiario estará cubierto por OSDOP. Es decir, la obra social pagará ese importe.

- Sin beneficio de la doble afiliación: se indica el valor a pagar en el prestador y el sello de agua con solo el logo de la organización.

		Emitido: 18/04/2022 Vence: 18/07/2022	Observ.: Coseguro a pagar en el prestador. 500,00 Bono: CONSULTA AMBULATORIA	Orden N 30121254
IDENTIFICACION GRUPO FAMILIAR		IDENTIFICACION DE LA PRÁCTICA		
AFILIADA/O	<input type="checkbox"/>	Área de Atención	Prescripción	Código Cant.
	<input type="checkbox"/>	Ambulatorio Internado	<input type="radio"/> <input type="radio"/> Consulta Ambulatoria	420101 1
	<input type="checkbox"/>	Tipo de Bono		
	<input type="checkbox"/>	Consulta Ambulat.	<input type="radio"/>	
	<input type="checkbox"/>	Consulta Domic.	<input type="radio"/>	
	<input type="checkbox"/>	Consulta Espec.	<input type="radio"/>	
	<input type="checkbox"/>	Práctica Ambulat.	<input type="radio"/>	
	<input type="checkbox"/>	Salud Mental	<input type="radio"/>	
	<input type="checkbox"/>	Rehabilitación	<input type="radio"/>	
	<input type="checkbox"/>	Odontología	<input type="radio"/>	
	<input type="checkbox"/>	Internación	<input type="radio"/>	
	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico Presuntivo:		Código Dx
DNI AFILIADA/O	Firma del Afiliado:	Datos Adicionales:		Sec. Imp. 0
Autorización:	Fecha: / /	Matr. Prescriptor (Firma y Sello)	Matr. Efector (Firma y Sello)	
Firma: Deleg. Prestac. U020		Fecha: / /	Fecha: / /	

COD. 026



Esperamos que la información brindada sea útil y clara a la hora de proceder con nuestros afiliados; y ante cualquier duda, quedamos a entera disposición.

Saludamos cordialmente.

Carolina Rubia
Secretaria General
SADOP Chubut

Brenda Segura
Referente Operativa OSDOP