

Buenos Aires, 7 de octubre de 2021

CIRCULAR INFORMATIVA N° 73

Sr./a. Presidente
de Entidad Primaria
Su despacho


Ref.: PODER JUDICIAL
ORTODONCIA

De nuestra mayor consideración:

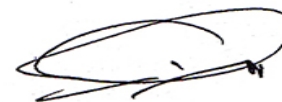
Nos dirigimos a Usted, con el objeto de informarle que, atento a lo comunicado por la **Obra Social del Poder Judicial de la Nación**, a partir de la fecha, se pueden volver a solicitar las autorizaciones para los tratamientos de **Ortodoncia fija**.

Se acompaña adjunto a la presente, "**Consentimiento Informado**" el que debe adjuntarse sin excepción a la ficha de ortodoncia al comenzar dicho tratamiento firmado por los padres del/a niño/a y el profesional.

Sin otro particular y a la espera de una pronta difusión entre los prestadores del sistema, aprovechamos la oportunidad para saludarle con nuestra más distinguida consideración y estima.



Dr. Hugo Zamora
Vice Presidente



Dr. Fabián Pintar
Presidente



Dra. Griselda Tejo
Secretaría



Dr. Rubén Manes
Tesorero



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

Normas cobertura ortodoncia

- ✓ El profesional que inicia el tratamiento queda obligado a continuar con la asistencia de los mismos hasta su finalización.
- ✓ Se considera abandono de tratamiento a los 3 meses de la no asistencia del paciente al tratamiento, debiendo el profesional notificar al afiliado/paciente y a la OSPJN, sin posibilidad de reclamo alguno
- ✓ No serán cubiertas por la Obra Social: pérdida de aparatología instalada o su rotura por uso indebido.
- ✓ En cada etapa se abonará el coseguro del 10%, **no** correspondiendo abonar otra suma en concepto de cuota de mantenimiento.

Durante la vigencia de la Emergencia COVID 19 la realización de las prácticas y prestaciones que figuran en los protocolos la autoridad sanitaria jurisdiccional (Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio de Salud y/o Secretarías de Salud Provinciales) con limitaciones y/o no autorizadas a realizar por riesgo de transmisión del agente SARS COV2 deberán ser explicados por el profesional tratante al paciente y ambos asumirán las eventuales consecuencias en caso de contagio.

Consentimiento informado

Reconozco haber recibido y comprendido la información sobre normas de cobertura del tratamiento de ortodoncia.

Firma del padre/ madre

Aclaración firma:

DNI:

Firma del odontólogo