

O.S.C.T.C.P.  
Obra Social Conductores de  
Transporte Colectivo de Pasajeros  
R.N.O.S. 1-2160  
Moreno 3037 (1209) C.A.B.A.  
☎ 4011-5100

**COBERTURA PARA DISPOSITIVOS  
ANTICONCEPCIONALES  
DIU, SIU E IMPLANTE SUBDÉRMICO  
(LEY 25.663/02- RES. 2922/19)**



**DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:**

- Consentimiento firmado por el médico y la beneficiaria.
- Fotocopia de estudios: **PAP, COLPOSCOPIA** (del último año) y **ECOGRAFÍA GINECOLÓGICA**, con fecha no mayor a los últimos 3 meses.<
- Constancia de inscripción en programa de salud sexual y procreación responsable.
- Orden Médica original emitida por médico de la red (sello o membrete del Sanatorio, Clínica u Hosp. Público) con firma y sello del médico solicitante, diagnóstico y detalle de la solicitud, donde se deberá aclarar el tipo de Dispositivo.

**CONSENTIMIENTO**

Habiendo recibido información sobre métodos anticonceptivos y habiendo realizado los estudios de Papanicolaou, colposcopia y ecografía ginecológica, que se encuentran dentro de los valores normales, elijo colocarme el Dispositivo conociendo sus ventajas y desventajas.

.....

**Firma de la beneficiaria**

.....

**Aclaración**

.....

**Firma y sello del médico**