JS JERÁRQUICOS

PROGRAMA **MATERNO INFANTIL**
Obra Social Jerárquicos. OSTSAMPJBON / R.N.O.S 0-0320-7
Mutual Jerárquicos. AMPJBON / R.N.E.M.P N° 3-1014-9

PLAN DE COBERTURA MADRE
Certificado de embarazo

Estimada Socia: Nuestra Mutual brinda la cobertura del 100% en todas las prestaciones inherentes al embarazo, parto o puerperio, de acuerdo a lo estipulado por la Resolución 201/2002, Anexo I, ítem 1.1.1.
Para acceder a esta cobertura, prevista en el **Programa Materno Infantil - Plan de cobertura Madre** es obligatorio completar todos los datos que figuran en el Certificado de Embarazo que se adjunta a continuación.

El presente certificado debe ser completado por usted y por su médico y enviado a nuestra Administración por fax al 0342 4504800 (opción 0) ó por correo electrónico a **socios@jerarquicossalud.com.ar**.

JS JERÁRQUICOS

PROGRAMA **MATERNO INFANTIL**
Obra Social Jerárquicos. OSTSAMPJBON / R.N.O.S 0-0320-7
Mutual Jerárquicos. AMPJBON / R.N.E.M.P N° 3-1014-9

CERTIFICADO DE EMBARAZO

..... , ... **de** ..... **de 20** .....
LUGAR Y FECHA

Certifico que ..... DNI .....

N° de Socia ..... cursa la ..... semana de gestación, siendo su FUM ..... y su FPP .....

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

DATOS OBLIGATORIOS DE LA SOCIA

Domicilio actual: .....

Correo electrónico: .....

REV. 1 - FEBRERO 2015