



CÍRCULO ODONTOLÓGICO  
SAN RAFAEL  
Asociado a la Confederación Odontológica de la República Argentina

## **CARTA ADHESIÓN DE PRESTADORES PARA OBRAS SOCIALES Y PREPAGAS FOM EN CONTEXTO DE PANDEMIA (COVID 19)**

### **Datos del Prestador:**

<b><u>DATOS PERSONALES</u></b>	
Apellido y Nombre:	
Matrícula Provincial:	Registro Nacional de Prestadores N°:
Vencimiento:	Vencimiento:
Seguro de Praxis:	Vencimiento: ...../...../.....
Especialidad (Adjuntar certificado del Consejo Deontológico):	
Domicilio Particular:	
Localidad:	Departamento:
Teléfono:	Celular:
E-mail:	
<b><u>CONSULTORIO 1</u></b>	<b><u>Nombre de la Clínica:</u></b>
Calle:	
Localidad:	Departamento:
Teléfono:	Posee soporte informático:    Sí    No Cuál:
<b><u>CONSULTORIO 1</u></b>	<b><u>Nombre de la Clínica:</u></b>
Calle	
Localidad	Departamento
Teléfono:	Posee soporte informático:    Sí    No Cuál:

Fecha: ...../...../.....

.....

Firma y Sello

**Obligatorio adjuntar:** Póliza del Seguro de Praxis con el comprobante de pago (en caso de no adherir al convenio de Sancor Seguros).



**CIRCULO ODONTOLÓGICO  
SAN RAFAEL**  
Asociado a la Confederación Odontológica de la República Argentina

## Listado de Obras Sociales y Prepagas

(Marcar con una cruz el convenio que desea adherir)

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>AMÉRICA SERVICIOS</b> <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/></li> <li>• <b>APM</b> <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/></li> <li>• <b>CONFERENCIA ESPISCOPAL ARGENTINA</b> <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/></li> <li>• <b>GALENO</b> <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/></li> <li>• <b>WILLIAM HOPE</b> <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/></li> <li>• <b>JERÁRQUICOS SALUD (Odontología Gral.)</b> <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/></li> <li>• <b>MEDICUS</b> <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/></li> <li>• <b>OSEP<sup>1</sup></b> <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/></li> <li>• <b>OSPE</b> <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>OSSEG (Odontología Gral.)</b> <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/></li> <li>• <b>PREVENCIÓN SALUD</b> <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/></li> <li>• <b>POLICÍA FEDERAL</b> <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/></li> <li>• <b>SADAIC</b> <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/></li> <li>• <b>SANCOR SALUD</b> <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/></li> <li>• <b>SANCOR SALUD PLAN C</b> <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/></li> <li>• <b>SWISS MEDICAL/ DOCTHOS</b> <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/></li> <li>• <b>SWISS MEDICAL DISCAPACIDAD</b> <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/></li> <li>• <b>UNIMED</b> <input style="margin-left: 20px;" type="checkbox"/></li> </ul> |
|---|--|

Mediante la presente firma, acepto ser prestador de las siguientes Obras Sociales y Prepagas, respetando sin excepción la totalidad de las Normas de Trabajo y aranceles vigentes durante este periodo de pandemia Covid 19. <sup>2</sup>

Fecha: ...../...../.....

.....

Firma y Sello

**Nota aclaratoria:** Este formulario tiene carácter de Declaración Jurada, quedando sujeto a lo dispuesto en el art. 12 inc. n y art. 55 del Estatuto del Círculo Odontológico de Mendoza y a las normativas de Federación.

<sup>1</sup> La adhesión a OSEP queda efectiva mediante la firma del formulario 087 de la Obra Social.

<sup>2</sup> En caso de desafiliación como prestador de los presentes convenios, deberá informarlo con 30 (treinta) días de anticipación.