



## **CARTA ADHESIÓN DE PRESTADORES PARA OBRAS SOCIALES Y PREPAGAS FOM JUNIO 2024**

### **Datos del Prestador:**

<b><u>DATOS PERSONALES</u></b>		
Apellido y Nombre:		
Matrícula Provincial Nro.:	Registro Nacional de Prestadores N°:	
Vencimiento: ...../...../.....	Vencimiento: ...../...../.....	
Seguro de Praxis:	Monto:	Vencimiento: ...../...../.....
Especialidad (Adjuntar certificado del Consejo Deontológico):		
Domicilio Particular:		
Localidad:	Departamento:	
Teléfono:	Celular:	
E-mail:		
<b><u>CONSULTORIO 1</u></b>		
Nombre de la Clínica/Consultorio:		
Calle:		
Localidad:	Departamento:	
Teléfono:	Celular:	
<b><u>CONSULTORIO 2</u></b>		
Nombre de la Clínica/Consultorio:		
Calle:		
Localidad:	Departamento:	
Teléfono:	Celular:	

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

.....  
Firma y Sello

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



## Listado de Obras Sociales y Prepagas<sup>1</sup>

(Marcar con una "X" el convenio que desea adherir)

- |  |                          |  |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| • AMÉRICA SERVICIOS                                  | <input type="checkbox"/> | • PREVENCIÓN SALUD                     | <input type="checkbox"/> |
| • APM  | <input type="checkbox"/> | • POLICÍA FEDERAL                      | <input type="checkbox"/> |
| • CONFERENCIA ESPISCOPAL ARGENTINA                   | <input type="checkbox"/> | • SADAIC                               | <input type="checkbox"/> |
| • GALENO   | <input type="checkbox"/> | • SANCOR SALUD <sup>2</sup>            | <input type="checkbox"/> |
| • WILLIAM HOPE                                       | <input type="checkbox"/> | • SANCOR SALUD PLAN C                  | <input type="checkbox"/> |
| • JERÁRQUICOS SALUD (Odontología Gral.) <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> | • SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL       | <input type="checkbox"/> |
| • MEDICUS  | <input type="checkbox"/> | • SWISS MEDICAL/ DOCTHOS               | <input type="checkbox"/> |
| • NOBIS  | <input type="checkbox"/> | • SWISS MEDICAL/DOCTHOS (Discapacidad) | <input type="checkbox"/> |
| • OSSEG (Odontología Gral.) <sup>4</sup>             | <input type="checkbox"/> | • UNIMED                               | <input type="checkbox"/> |

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 **SIN COBRO DE COPAGO**.

En caso de tener convenio directo con alguna de las presentes Obras Sociales y Prepagas detallar cuáles y por qué motivo.

---

---

---

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

.....

Firma y Sello

**Nota Aclaratoria:** Este formulario tiene carácter de **Declaración Jurada**, quedando sujeto a las normativas del Círculo Odontológico de pertenencia y de la Federación Odontológica de Mendoza.

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

<sup>1</sup> La Adhesión como prestador de OSEP se realiza por el formulario 087, bajo la aprobación de la Obra Social

<sup>2</sup> SANCOR CIRUGÍA se adhiere por formulario especial, adjuntando el Certificado del Consejo Deontológico

<sup>3</sup> JERARQUICOS (PROTESIS -ORTODONCIA) se adhiere por formulario especial

<sup>4</sup> OSSEG (PRÓTESIS) se adhiere por formulario especial