



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

Datos del Prestador:

<u>DATOS PERSONALES</u>		
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:		
<u>CONSULTORIO 1</u>		
Nombre de la Clínica/Consultorio:		
Calle:		
Localidad:	Departamento:	
Teléfono:	Celular:	
<u>CONSULTORIO 2</u>		
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 Prepagas¹

(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 ² | <input type="checkbox"/> |
| • WILLIAM HOPE | <input type="checkbox"/> | • SANCOR SALUD PLAN C | <input type="checkbox"/> |
| • JERÁRQUICOS SALUD (Odontología Gral.) ³ | <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.) ⁴ | <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.

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

² SANCOR CIRUGÍA se adhiere por formulario especial, adjuntando el Certificado del Consejo Deontológico

³ JERARQUICOS (PROTESIS -ORTODONCIA) se adhiere por formulario especial

⁴ OSSEG (PRÓTESIS) se adhiere por formulario especial