

REGISTRO DE EMPADRONAMIENTO DE OBRAS SOCIALES

Sr/a. Asociado/a: Complete este formulario marcando con una **X** en el casillero que corresponda.

La presentación de este registro es obligatoria, y tiene carácter de **Declaración Jurada**, a los efectos de informar fehacientemente a las distintas obras sociales con convenio, su pertenencia, o exclusión, del Padrón de Prestadores que corresponda.

En caso de no adherir a algún convenio, marque con una **X** en el casillero **"NO"**.

Las adhesiones que registre marcando con **X** los casillero **"SI"**, implica que **es prestador en plena conformidad a las normas y aranceles vigentes para el convenio que corresponda.**

El presente registro no podrá modificarse por el término de doce (12) meses, salvo las excepciones previstas en Estatuto y/o Reglamento Interno (por ej. licencias, Residencias, o Dedicación Exclusiva), por lo que no podrá negar la atención, sin la debida justificación, a aquellas obras sociales a las que registre su adhesión.

* Convenios con modalidad de Dos (2) Padrones de Prestadores:

PADRON "A": SIN COBRO DE ARANCEL DIFERENCIADO, para las prácticas nombradas.

PADRON "B": CON COBRO DE PLUS o ARANCEL DIFERENCIADO, a pactar con el paciente.

(*) **Empadronamiento IPSS:** Al momento de completar el presente Registro, el profesional firmante debe indicar a que padrón pertenece (A o B), no siendo válido este documento para cambio de padrón en la obra social provincial.

MODALIDAD:		PADRON "A" PADRON "B"			
Nº	OBRA SOCIAL	ATIENDE:		SI	NO
01	I.P.S.S. (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	O.S. U.N.Sa. (*)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67	AMFFA – Farmacéuticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70	SALUD BUCAL – Mut. y Partic.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109	OSPESGA (Estac. Servic, Gges)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
137	GALENO CONSULTING GROUP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
151	OSPIS (Instaladores Sanitarios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
161	MG SALUD (Ex Nórdica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
165	MEP LIFE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
170	AMSTERDAM SALUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Convenios con modalidad de **PADRÓN ÚNICO**: atención a valores pactados, sin cobro de plus o arancel diferenciado para las prácticas nombradas.

Nº	OBRA SOCIAL	ATIENDE:		SI	NO
03	PODER JUDICIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Incluye Prótesis, Ortodoncia, Implantes)	
12	COLEGIO ESCRIBANOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14	OSSEG – CONV. CORA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Plan Integral incluye Prótesis)	
37	O.S.P.I.L. (Ind. Lechera)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

43	SAN PEDRO /CONF. EPISCOPAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Prótesis x reintegro)
68	AVALIAN (Ex Aca Salud)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
74	OSPE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
81	SEGURO ESCOLAR - IPSS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Incluye Prótesis).
86	SERVE SALUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
90	Cons. Prof. CS. ECONOMICAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Odontología General))
	CS. ECON. Prótesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Prótesis)
	CS. ECON. Implantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Implantes)
94	SADAIC (Autores y Composit.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Incluye Prótesis)
97	JERÁRQUICOS SALUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Incluye Prótesis, Ortodoncia, Implantes).
100	SWISS MEDICAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
107	CONSULMED Conv. Vs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(OMINT, SAT, OSDOP, OSALARA, VIALES)
113	OPDEA (Direct. Empr.Aliment.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
136	POLICIA FEDERAL / CORA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
139	SANCOR Medicina Privada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Cobert. parcial de Prótesis, según Plan)
146	MEDICUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
147	O.S.A.P.M. (Agtes. Prop.Médica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Incluye Prótesis)
149	SERVIC. PENITENC. FED.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
155	MEDIFÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
156	LUIS PASTEUR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
162	FEDERADA SALUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
164	PREVENCIÓN SALUD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
166	WILLIAM HOPE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
168	PROVINCIA A.R.T.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Actualizado 28/07/2021.

Fecha de Presentación/...../.....

Mat. N°..... Apellido y Nombre:

Domicilio Particular:.....

Teléfono Particular (0387).....Celular.....

Domicilio Consultorio (s):

Teléfono (s) Consultorio (s) (0387).....

E - mail:

Firma y sello