

Buenos Aires, 10 de febrero de 2021

CIRCULAR INFORMATIVA N° 14

Sr./a. Presidente
de Entidad Primaria
Su despacho

Ref.: RED DE PRESTADORES
Reempadronamiento

De nuestra mayor consideración:

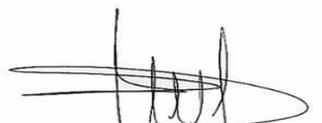
Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud., con el objeto de informarle, que esta Federación llevará adelante el reempadronamiento correspondiente al año en curso de **todos los profesionales** que integran la Red de Prestadores de la F.O.P.B.A. a los efectos de mantener actualizados sus padrones.

Por lo expuesto, solicitamos que la entidad primaria tome los recaudos para que **todas** las Obras Sociales, Mutuales, Pre-Pagas, etc., cuenten con un **número mínimo de prestadores que garanticen la normal prestación del servicio**, tal como lo establece la cláusula 6ª de las Pautas para la conformación de la Red de Prestadores aprobadas en Asamblea Extraordinaria del 30/5/98.

Se recuerda que aquellos profesionales que hayan ingresado a partir del **año 2020** no deberán modificar su adhesión, ya que por resolución de Junta Directiva, el compromiso para brindar el servicio a todas las Obras Sociales es por un plazo de **dos (2) años**.

Se acompaña a la presente, un ejemplar de la Ficha de Reempadronamiento para la correspondiente distribución entre vuestros prestadores. La fecha tope para la presentación de las mismas en esta Federación, se establece para el día **25 de Febrero** del corriente año.

Sin otro particular, saludamos a Usted con nuestra más distinguida consideración y estima.



Dr. Sebastián Mincarelli
Vicepresidente
FOPBA



Dra. Griselda Tejo
Presidente
FOPBA



Dr. Fabián Pintar
Secretario
FOPBA



Dr. Rubén Manes
Tesorero
FOPBA

RED DE PRESTADORES
FICHA DE REEMPADRONAMIENTO 2021

“Declaración Jurada”

ENTIDAD PRIMARIA:

PROFESIONAL.....MAT.Nº.....

Nro.	OBRA SOCIAL	OD. GENERAL	PROTESIS	ORTODONCIA
5	AMERICA SERVICIOS			
22	A.M.E.B.P.B.A.			
55	A.M.F.F.A.			
25	AMSTERDAM SALUD			
84	A.P.M.			
16	AVALIAN (EX ACA SALUD)			
51	CAJA DE ABOGADOS			
26	COMEI			
62	CLERO ARGENTINO			
44	FAMYL - NATIVA			
69	FEDERADA SALUD			
3	FOTOGRAFOS			
71	WILLIAN HOPE			
70	IBERO ASISTENCIA			
12	INTEGRAL SALUD			
32	JERARQUICOS SALUD			
14	LUIS PASTEUR			
97	MEDICUS			
95	MEDIFE			
68	O.S.B.L.Y.C.A.			
42	O.S.I.A.D (ACEITEROS)			
41	O.S.M.A.T.A.			
82	O.S.P.E.P.B.A. (ESCRIBANIAS)			
43	O.S.P.E.S.G.Y.P.E.			
64	O.S.P.I.A. (ALIMENTACION)			
30	O.S.P.I.L.			
19	O.S.P.I.M. (MOLINEROS)			
4	O.S.P.I.M. (MADEREROS)			
45	O.S.P.I.V. (DEL VIDRIO)			
61	O.S.S.E.G. (SEGUROS)			
66	O.S.P.S.A. (LA PLATA)			

7	PAMI VETERANOS DE GUERRA			
33	PODER JUDICIAL			
79	POLICIA FEDERAL			
60	PREVENCION SALUD			
47	PROVINCIA A.R.T.			
40	SANCOR SALUD			

Marcar con una X la/s Obras Sociales que desea atender

Por medio de la presente y en carácter de DECLARACIÓN JURADA, presto mi conformidad para brindar el servicio odontológico a las Obras Sociales seleccionadas respetando las Normativas de Atención Vigentes.