

Buenos Aires, 24 de junio de 2022

CIRCULAR INFORMATIVA N° 48

Sr./a Presidente
de Entidad Primaria
S./D.

Ref.: Reempadronamiento

De nuestra mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. con el objeto de informarle, que esta Federación llevará adelante un reempadronamiento de todos los profesionales que integran la Red de Prestadores de la F.O.P.B.A, a los efectos de mantener actualizados los padrones de las distintas Obras Sociales.

Por lo expuesto, solicitamos también que la entidad primaria tome los recaudos pertinentes para que todas las Obras Sociales cuenten con un **número mínimo de prestadores que garanticen la normal prestación del servicio**, tal como lo establece la **cláusula 8° de las Pautas para la conformación de la Red de Prestadores aprobadas en Asamblea Extraordinaria del 30/5/98**.


La reinscripción del profesional solo podrá realizarse mediante este proceso, que tendrá **vigencia anual** siguiendo los lineamientos aquí planteados. **Vencido el plazo, no se recibirán pedidos de reempadronamiento**, salvo aquellos que resulten necesarios para garantizar la prestación del servicio, a criterio de la Junta Directiva de la F.O.P.B.A o de aquellos nuevos profesionales que ingresan a la red.

A tal efecto, se acompañan modelos de las fichas de reempadronamiento tanto del I.O.M.A. como la del resto de las Obras Sociales (que se deberá indicar con una **X** las que opten por atender) teniendo en cuenta que ambas fichas serán consideradas con carácter de **"Declaración Jurada"** de parte del profesional adherido.

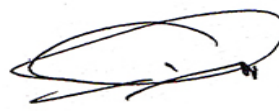
Los profesionales que voluntariamente se reinscriban, **deberán cumplir con las normativas vigentes de atención comunicadas por la F.O.P.B.A.**, para mantenerse en la red de prestadores. Aquellos profesionales que no envíen el reempadronamiento serán considerados como **Baja a la Red de Prestadores**.

Plazo para enviar las fichas hasta el 27/07/2022

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



Dr. Hugo Zamora
Vice Presidente



Dr. Fabián Pintar
Presidente



Dra. Griselda Tejo
Secretaria



Dr. Rubén Manes
Tesorero



**RED DE PRESTADORES DE LA FEDERACION ODONTOLOGICA
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

FICHA REEMPADRONAMIENTO I.O.M.A.

ENTIDAD PRIMARIA:

Código:.....

<u>Datos del Profesional</u>	Matrícula Provincial N°
Apellido	Nombres
Tipo y N° de Documento.....	Fecha de Nacimiento:...../...../.....
C.U.I.T. N°	Fecha de Inicio Actividad Profesional/...../.....

<u>Datos del Consultorio:</u>	
Calle	Nro.....Piso Depto.....
Teléfono: (.....)	Teléfono: (.....)
Código Postal.....	Localidad.....Partido
E-Mail:	
Observaciones	
Fecha de Habilitación	Posee Equipo de Rx SI NO

Comparte el consultorio con otro/s profesional/es? **NO SI** en caso afirmativo completar lo siguiente:

Apellido y Nombre del/los Profesionales y Matrícula Provincial:

1

2

3

Por medio de la presente y en carácter de DECLARACION JURADA, presto mi conformidad para brindar el servicio odontológico a los afiliados al I.O.M.A. respetando las Normativas de Atención Vigentes, todo ello bajo apercibimiento de dejar de ser parte de la red de prestadores.

.....
Firma y Sello del Profesional

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

.....
Firma y Sello E. Primaria

RED DE PRESTADORES
FICHA DE REEMPADRONAMIENTO 2022
“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			
69	FEDERADA SALUD			
71	WILLIAN HOPE			
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)			
31	O.S.S.A.C.R.A. (AMAS DE CASA)			

Nro.	OBRA SOCIAL	OD. GENERAL	PROTESIS	ORTODONCIA
61	O.S.S.E.G. (SEGUROS)			
66	O.S.P.S.A. (LA PLATA)			
33	PODER JUDICIAL			
79	POLICIA FEDERAL			
60	PREVENCION SALUD			
47	PROVINCIA A.R.T.			
40	SANCOR SALUD			
51	SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL			

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

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

* Por Favor indicar la especialidad y/o dedicación que desea figurar en cartilla.

DEDICACION: (marcar con x)	<input type="checkbox"/> 1-Endodoncia	<input type="checkbox"/> 2- Periodoncia	<input type="checkbox"/> 3-Odontopediatria	<input type="checkbox"/> 4-Ortodoncia
	<input type="checkbox"/> 5-Ortopedia	<input type="checkbox"/> 6- Prótesis	<input type="checkbox"/> 7- Radiología Extraoral	<input type="checkbox"/> 8- ATM
	<input type="checkbox"/> 9 -Cirugía Buco-Dental	<input type="checkbox"/> 10 -Cirugía Maxilo-Facial	<input type="checkbox"/> 11 - Implantología	
	<input type="checkbox"/> 12-Estomatología			
		<input type="checkbox"/> PARCIAL	<input type="checkbox"/> EXCLUSIVA	
POSEE TITULO DE ESPECIALISTA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (*)				
ESPECIALIDAD:	OTORGADO POR:		AÑO:	
ESPECIALIDAD:	OTORGADO POR :		AÑO:	
ESPECIALIDAD:	OTORGADO POR :		AÑO:	
ESPECIALIDAD:	OTORGADO POR :		AÑO:	
(*) En caso de no contar con Título de Especialista: Antigüedad en la Dedicación: Años				

.....
Firma y Sello del Profesional

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

.....
Firma y Sello E. Primaria