

Buenos Aires, 23 de junio de 2023



CIRCULAR INFORMATIVA N° 90

Sr./a. Presidente
de Entidad Primaria
Su despacho

**Ref. SANCOR SALUD
Reempadronamiento**

De nuestra mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigimos a Ud., con el objeto de informarle que tras distintas reuniones mantenidas con las autoridades de SANCOR SALUD, donde se trataron varios temas como ser, de nuestra parte la solicitud de mejorar aranceles y acortar los plazos de pagos, y de parte de ellos nos manifestaron la intención de contar con un padrón de prestadores que respete las normativas vigentes y preste el servicio al afiliado sin que existan cobros indebidos.

Por tal razón, en virtud a lo solicitado y tal lo acordado, el/la profesional que se encuentre interesado/a en prestar el referido servicio respetando las normativas vigentes, deberá cumplimentar la **Ficha de Adhesión** que se adjunta para poder generar un nuevo listado de prestadores.

La fecha que deben ingresar a la F.O.P.B.A. las citadas adhesiones se extiende hasta el **14/07/23**

Respecto a nuestra solicitud, en el mes de Junio actualizaron los valores y se comprometieron a que durante el mes de Julio efectuar otro aumento de acuerdo a lo autorizado por la S.S.S. y donde ambas partes puedan consensuar algún incremento puntual en ciertas prácticas. Respecto al acortamiento de plazos de pagos hemos notado una mejora al respecto y continuarán esforzándose para estar dentro de los 30 días.

Sin otro particular y a la espera de una pronta difusión entre los prestadores del sistema, aprovechamos la oportunidad para saludarle con nuestra más distinguida consideración y estima.


Dr. Hugo Zamora
Vice Presidente


Dr. Rubén Manes
Presidente


Dr. Sebastián Mancarelli
Secretario


Dra. Griselda Tejo
Tesorera



FICHA DE ADHESION AL CONVENIO CON SANCOR SALUD

ODONTOLOGÍA GENERAL

ENTIDAD PRIMARIA:

Código:.....

Datos del Profesional

Matrícula Provincial N°.....

Apellido

Nombres

Datos del Consultorio:

Calle y N°..... Teléfono.....

Código Postal..... Localidad..... Partido

Por la presente presto mi adhesión y compromiso para brindar las prestaciones incluidas en el convenio con **SANCOR SALUD** (Capítulos de Odontología Gral.) – y acepto todas y cada una de las pautas, modalidades y condiciones previstas en el mismo (ver Cartilla Instructiva), comprometiéndome al estricto cumplimiento de las obligaciones que allí se consignan.

Lugar y Fecha:.....

.....

Firma y sello del profesional

.....

Firma y Sello Entidad Primaria