

**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.

<b>DEDICACION:</b> (marcar con x)	<input type="checkbox"/> 1-Endodoncia	<input type="checkbox"/> 2- Periodoncia	<input type="checkbox"/> 3-Odontopediatría	<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	
<b>POSEE TITULO DE ESPECIALISTA:</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (*)			
<b>ESPECIALIDAD:</b> .....	<b>OTORGADO POR:</b> .....	<b>AÑO:</b> .....		
<b>ESPECIALIDAD:</b> .....	<b>OTORGADO POR :</b> .....	<b>AÑO:</b> .....		
<b>ESPECIALIDAD:</b> .....	<b>OTORGADO POR :</b> .....	<b>AÑO:</b> .....		
<b>ESPECIALIDAD:</b> .....	<b>OTORGADO POR :</b> .....	<b>AÑO:</b> .....		
<b>(*) En caso de no contar con Título de Especialista:</b>		<b>Antigüedad en la Dedicación:</b> ..... Años		

.....  
Firma y Sello del Profesional

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

.....  
Firma y Sello E. Primaria