



# Formulario de Prestadores

## SISTEMA DE AUTORIZACIÓN EN LÍNEA ISSN



### DOMICILIO DE ATENCIÓN 1

El cuadro Vía de Facturación es de integración **OBLIGATORIA**.

Entidad: \_\_\_\_\_ C.U.I.T.: | | | - | | | | | | | | | - | | |

Domicilio legal: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Pisoº: \_\_\_\_\_ Dpto.: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico *Entidad*: \_\_\_\_\_

Vía de Facturación: Seleccione con la letra que corresponda **UNA SOLA** vía de facturación por domicilio de atención.

A DIRECTO INSTITUTO SEGURIDAD SOCIAL DEL NEUQUÉN      C ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y HOSPITALES PRIVADOS DE NEUQUÉN.   
 B COLEGIO ( INDICAR ): \_\_\_\_\_

¿Posee PC en consultorio en esta entidad? SI  NO

	DE:	A:	DE:	A:
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

### DOMICILIO DE ATENCIÓN 2

El cuadro Vía de Facturación es de integración **OBLIGATORIA**.

Entidad: \_\_\_\_\_ C.U.I.T.: | | | - | | | | | | | | | - | | |

Domicilio legal: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Pisoº: \_\_\_\_\_ Dpto.: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico *Entidad*: \_\_\_\_\_

Vía de Facturación: Seleccione con la letra que corresponda **UNA SOLA** vía de facturación por domicilio de atención.

A DIRECTO INSTITUTO SEGURIDAD SOCIAL DEL NEUQUÉN      C ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y HOSPITALES PRIVADOS DE NEUQUÉN.   
 B COLEGIO ( INDICAR ): \_\_\_\_\_

¿Posee PC en consultorio en esta entidad? SI  NO

	DE:	A:	DE:	A:
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

# Formulario de Prestadores

SISTEMA DE AUTORIZACIÓN EN LÍNEA ISSN



## DOMICILIO DE ATENCIÓN 3

El cuadro Vía de Facturación es de integración **OBLIGATORIA**.

Entidad: \_\_\_\_\_ C.U.I.T.: | | | | - | | | | | | | | - | | |

Domicilio legal: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso°: \_\_\_\_\_ Dpto.: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico *Entidad*: \_\_\_\_\_

Vía de Facturación: Seleccione con la letra que corresponda **UNA SOLA** vía de facturación por domicilio de atención.

A DIRECTO INSTITUTO SEGURIDAD SOCIAL DEL NEUQUÉN      C ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y HOSPITALES PRIVADOS DE NEUQUÉN.   
 B COLEGIO ( INDICAR ): \_\_\_\_\_

¿Posee PC en consultorio en esta entidad?    SI     NO

	DE:	A:	DE:	A:
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Declaro bajo juramento de Ley que los datos consignados son correctos, comprometiéndome a no realizar ninguna modificación respecto de los mismos, hasta tanto no cuente con la autorización expresa del ISSN, para lo cual me obligo a requerir previamente las conformidades pertinente acompañando toda la documentación que se me exija desde el área Prestadores de la obra social, quien podrá o no acceder a mi solicitud de cambio.

Manifiesto que asumo el compromiso de canalizar toda mi actuación profesional como Prestador, respetando las Normas establecidas por lo que me obligo a utilizar los sistemas informáticos que el ISSN determine para: consumir prestaciones, prescribir prácticas y recetar según Nomenclador, Formulario Terapéutico y Guías de Atención del ISSN.

En caso de incumplimiento de tales obligaciones, el ISSN podrá adoptar las medidas administrativas y disciplinarias pertinentes.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_-      \_\_\_\_\_      \_\_\_\_\_  
 Fecha solicitud      Firma y Sello Solicitante      Incorporado Disposición Nro

\_\_\_\_\_  
 Relevador

## OBSERVACIONES

•