



CAMBIO y/o AMPLIACIÓN de LUGARES de ATENCIÓN PRESTADORES ISSN (Requisitos)

1. NOTA SOLICITUD de CAMBIO y/o AMPLIACIÓN de LUGAR de ATENCIÓN, detallando cambios, altas y/o bajas de los domicilios de atención.
2. NOTA emitida por el ENTE FACTURADOR, acreditando la Vía de Facturación para el nuevo lugar de trabajo.
3. FORMULARIO COMPLETO Declaración Jurada para ISSN del PROFESIONAL.
4. HABILITACIÓN emitida por SALUD PÚBLICA del Consultorio/Laboratorio e incorporación al Staff de Profesionales habilitados con su correspondiente Resolución del lugar al que se incorpora.
5. CERTIFICADO de SEGURO de RESPONSABILIDAD por Mala Praxis Con Certificado de cobertura y vigencia.

ATENCIÓN:

Tener en cuenta que si existen Prácticas Especiales, deberá solicitar los requisitos que se exigen para tal fin.

Importante: La documentación deberá presentarse previa solicitud de turno en el Sector Prestadores sito en Calle Buenos Aires 353 de la Ciudad de Neuquén, Sede Central ISSN, 1°Piso. La misma solo será aceptada en caso de encontrarse correctamente constituida y en su totalidad. La sola presentación, no infiere que la incorporación se hará efectiva, la misma quedará sujeta a evaluación y necesidad de la Obra Social. Deberá presentar ORIGINALES de todas las fotocopias para su cotejo.

División Atención al Prestador. Tel: 4496300 Int.6467

Fecha de Recepción

Recibido por

Formulario Cambio y/o Ampliación de lugares de Atención	Versión 0.2
División de Atención al Prestador Departamento Atención al Cliente Subdirección de Gestión Administrativa. DPSyA	03/08/11