

**Formulario Convenio Directo con ODONTOLOGOS (Requisitos)**

1.  **NOTA SOLICITUD de CONVENIO.** Por el profesional en forma fehaciente y detallando sus prestaciones para la correspondiente incorporación como prestador.
2.  **FORMULARIO COMPLETO Declaración Jurada para ISSN del PROFESIONAL.**
3.  **FOTOCOPIA DNI.1°, 2° hoja y Domicilio actualizado**
4.  **FOTOCOPIA TÍTULO:** Frente y reverso
5.  **FOTOCOPIA MATRÍCULA:** Acreditación con matrícula de la provincia donde desea desempeñar su función.
6.  **FOTOCOPIA MATRÍCULA de ESPECIALIDAD:** Acreditación con matrícula de la provincia donde desea desempeñar su función.
7.  **FOTOCOPIA CONSTANCIA CUIT o CUIL**
8.  **FOTOCOPIA INSCRIPCION en AFIP**
9.  **FOTOCOPIA CONSTANCIA DIRECCIÓN PROVINCIAL de RENTAS. Ingresos Brutos**
10.  **HABILITACIÓN EMITIDA por SALUD PÚBLICA** del consultorio e incorporación al Staff de Profesionales habilitados con su correspondiente Resolución ISSN.
11.  **CERTIFICADO de SEGURO de RESPONSABILIDAD por Mala Praxis** Con Certificado de cobertura y vigencia.
12.  **INFORME DE FORMACION POSTGRADO RECIBIDA.**
13.  **En caso de realizar Prácticas Especiales:** Habilitación del profesional y del equipo por Salud Pública
  - En caso de Equipamiento de Imágenes HABILITACIÓN de los instrumentos por RADIOFÍSICA Sanitaria de la Provincia
  - Habilitación emitida por RADIOFÍSICA Sanitaria, autorizando al profesional para instrumentar equipamiento de imágenes.

**ACLARACIÓN:** 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 Convenio Directo con Profesionales	Versión 0.2
División de Atención al Prestador Departamento Atención al Cliente Subdirección de Gestión Administrativa. DPSyA	23/06/11