



Círculo  
Odontológico  
de Paraná  
Desde 1929

ENTIDAD ADHERIDA A C.O.R.A

ENTIDAD CON CONVENIO INTERINSTITUCIONAL

• Asociación Odontológica Argentina  
• Círculo Argentino de Odontología  
• Círculo Odontológico de Rosario

• Círculo Odontológico Santafesino  
• Facultad de Odontología de Rosario  
• Facultad de Odontología de la UBA

☎ (0343) 4318362 / 4231497

✉ cop@coparana.com.ar

🏠 Corrientes 218 - 3100 Paraná E.R.

🌐 www.coparana.com.ar

## **INGRESO NUEVOS SOCIOS**

***-Bienvenido/a al Círculo Odontológico de Paraná-***

***Requisitos para su ingreso como socio – prestador COP:***

- 1) *Copia Matrícula Colegio de Odontólogos de Entre Ríos;*
- 2) *Copia Inscripción en AFIP;*
- 3) *Copia Inscripción en ATER;*
- 4) *Copia datos de la cuenta bancaria HSBC.*

***Formularios a completar:***

- 1) *Ficha Solicitud de ingreso;*
- 2) *Ficha Datos Personales;*
- 3) *Declaración Jurada;*
- 4) *Adhesión al Servicio Odontológico Solidario (SOS);*
- 5) *Adhesión Caja de Ayuda Solidaria (CAS);*
- 6) *Adhesión al Servicio de Urgencias Odontológicas (SUO) – Para ser prestador del SUO el socio debe realizar la Residencia establecida en nuestra entidad;*
- 7) *Formulario Adhesión IOSPER;*
- 8) *Formulario Adhesión a Seguro de Vida Osde Binario (Opcional)*
- 9) *Formulario Adhesión Seguro Alta Complejidad (Opcional)*
- 10) *Adhesión Seguro de Responsabilidad Civil (Mala Praxis) (Opcional)*



ENTIDAD ADHERIDA A C.O.R.A

ENTIDAD CON CONVENIO INTERINSTITUCIONAL

• Asociación Odontológica Argentina  
• Círculo Argentino de Odontología  
• Círculo Odontológico de Rosario

• Círculo Odontológico Santafesino  
• Facultad de Odontología de Rosario  
• Facultad de Odontología de la UBA

☎ (0343) 4318362 / 4231497

🏠 Corrientes 218 - 3100 Paraná E.R.

✉ cop@coparana.com.ar

🌐 www.coparana.com.ar

- 12) *Reglamento Nomina de Prestadores;*
- 13) *Reglamento Caja de Ayuda Solidaria;*
- 14) *Sistema de Residencia Odontológica.*

**IMPORTANTE: Cuenta Bancaria HSBC** Sr. Profesional en caso de optar por la apertura de cuenta en el Banco HSBC (Convenio COP- HSBC) deberá imprimir los datos de su cuenta (Banco, Tipo y N° de Cuenta y CBU) para adjuntar a legajo personal a los fines de poder realizar el depósito de sus honorarios profesionales.

*Una vez recepcionado su legajo por Mesa de Entradas será elevado a Comisión Directiva para la aprobación de su ingreso posterior a ello, se le notificara mediante nota la aceptación y se le comunicara día y horario estipulado para la realización de la reunión informativa donde se le hará entrega de todo el material de trabajo y sobre todo lo relacionado a las actividades de nuestra entidad.*

*Los nuevos socios quedan eximidos del pago de la cuota por el termino de doce (12) meses.*

*Valor de la cuota societaria: \$.....*

*Valor CAS \$.....*

*Valor Cuota SOS \$.....*

**Comisión Directiva del Círculo Odontológico de Paraná**

*Fundado el 3 de Diciembre de 1929*



Paraná, .....de .....de .....

Señor

Presidente

Círculo Odontológico de Paraná

Dr.....

Su Despacho

El odontólogo que suscribe .....  
de la Facultad de Odontología de la Universidad de .....en el año  
.....y con domicilio en calle.....nº .....de la ciudad de  
....., solicita ingresar a ese Círculo en calidad de socio.....-

Con tal motivo, saludo al Sr. Presidente con la consideración más  
distinguida.-

.....

Firma



Círculo  
Odontológico  
de Paraná  
Desde 1929

ENTIDAD ADHERIDA A C.O.R.A

ENTIDAD CON CONVENIO INTERINSTITUCIONAL

· Asociación Odontológica Argentina  
· Círculo Argentino de Odontología  
· Círculo Odontológico de Rosario

· Círculo Odontológico Santafesino  
· Facultad de Odontología de Rosario  
· Facultad de Odontología de la UBA

☎ (0343) 4318362 / 4231497

🏠 Corrientes 218 - 3100 Paraná E.R.

✉ cop@coparana.com.ar

🌐 www.coparana.com.ar

## FICHA DE DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRES

MATRICULA  FECHA MATRICULA COER

TIPO-Nº DOC.   FECHA NAC.

EST. CIVIL

DOMICILIO LEGAL

LOCALIDAD  TELEFONO

DOMICILIO PROFESIONAL (1)

LOCALIDAD  TELEFONO

DOMICILIO PROFESIONAL (2)

LOCALIDAD  TELEFONO

FTAD. EGRESO  FECHA

Nº CUIT  Nº DGR

TEL CELULAR

E-MAIL

### CONDICION FRENTE AL IVA

RESP. INSCRIP.

R.N.INSCRIP

MONOTRIBUTO

### GANANCIAS

INSCRIPTO

NO INSCRIPTO

### BCO. HSBC

Nº C.AHORRO



Círculo  
Odontológico  
de Paraná  
Desde 1929

ENTIDAD ADHERIDA A C.O.R.A

ENTIDAD CON CONVENIO INTERINSTITUCIONAL

· Asociación Odontológica Argentina  
· Círculo Argentino de Odontología  
· Círculo Odontológico de Rosario

· Círculo Odontológico Santafesino  
· Facultad de Odontología de Rosario  
· Facultad de Odontología de la UBA

☎ (0343) 4318362 / 4231497

🏠 Corrientes 218 - 3100 Paraná E.R.

✉ cop@coparana.com.ar

🌐 www.coparana.com.ar

### DECLARACIÓN JURADA

Art. 2º del Reglamento de la “NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES”

El/la que suscribe \_\_\_\_\_ nacido/a en \_\_\_\_\_  
Provincia de \_\_\_\_\_ el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, con título de \_\_\_\_\_ egresado  
de la Facultad de Odontología de la Universidad de \_\_\_\_\_, con fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Matrícula profesional N° \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, con domicilio real en calle \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_ de la localidad de \_\_\_\_\_  
Provincia de \_\_\_\_\_ Teléfono N° \_\_\_\_\_ y domicilio profesional en calle  
N° \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_ de la localidad de \_\_\_\_\_  
Teléfono N° \_\_\_\_\_, a los efectos de cumplimentar lo requerido por el Reglamento de la  
“NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES  
ASISTENCIALES”, DECLARA BAJO JURAMENTO:

a) Que los datos que se consignan a continuación, constituyen el detalle de todos y cada uno de los cargos que desempeña, servicios profesionales que presta y participación que mantiene, bajo cualquier forma que sea, en obras sociales, mutuales, empresas u organismos del Estado y/o privadas, mixtas, cooperativas, etc. sin excepción, y con relación al Artículo 6º del Reglamento de la Nómina de Prestadores del Círculo Odontológico de Paraná para Contrataciones Asistenciales:

DENOMINACIÓN: \_\_\_\_\_  
TIPO DE ENTIDAD (1) : \_\_\_\_\_  
DOMICILIO (2): \_\_\_\_\_  
VINCULACIÓN (3) : \_\_\_\_\_  
CARGO : \_\_\_\_\_  
FUNCIÓN : \_\_\_\_\_  
FECHA DE NOMBRAMIENTO : \_\_\_\_\_  
FORMA DE DESIGNACIÓN (4) : \_\_\_\_\_  
LUGAR DE TRABAJO. \_\_\_\_\_  
TIPO DE RELACIÓN (5) : \_\_\_\_\_  
MODALIDAD DE TRABAJO (6) : \_\_\_\_\_

b) Que SI/NO ha estado previamente radicado/a ejerciendo la Odontología en otra/s localidad/es (7) :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Que se obliga a comunicar al Círculo Odontológico de Paraná, por escrito, dentro de los treinta (30) días de producida, la modificación de cualquiera de los datos incluidos en esta Declaración Jurada;

d) Que acepta las Normas del Reglamento de la “NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES”, que declara conocer;

e) Que autoriza en forma expresa al Círculo Odontológico de Paraná a fin de que suscriba convenio de prestaciones de servicios odontológicos que lo incluya junto a los otros profesionales de la Nómina;

- (1) Debe consignarse si se trata de un Organismo Oficial, Empresa Mixta, privada, Mutual, Cooperativa, Obra Social, Sociedad Civil, Sociedad Comercial, otro tipo social.
- (2) Debe consignarse Dirección, Teléfono, Ciudad, Provincia.
- (3) Debe consignarse si la vinculación se origina por participar en la Sociedad, Dirección, o por Aportes de Capital, Prestación de Servicios, asesoramiento u otras formas de vinculación.
- (4) Consignar si lo es por Contrato, Designación o Concurso.
- (5) Relación de dependencia o independiente.
- (6) Consultorios bajo Sistema Cerrado u otros.
- (7) Detallar Localidad, provincia, Lapso de radicación (de qué año a qué año), la afiliación a Entidad Profesional, la asociación a Colegio Odontológico oficial.



- f) Que sin perjuicio de las demás obligaciones que pongan a su cargo el Reglamento de la Nómina de Prestadores del Círculo Odontológico de Paraná para Contrataciones Asistenciales y de las que se deriven de
- g) los contratos que se celebren en particular conforme la autorización otorgada en el punto anterior, y de sus modificaciones, se compromete en particular a:
  - 1) Brindar a los afiliados o usuarios de la entidad prestataria - cuando se presenten reglamentariamente habilitados – los servicios odontológicos que le fueran requeridos realizando, al efecto, los actos o prácticas odontológicas que fueren menester dentro de los términos contractuales;
  - 2) Respetar el mutuo derecho de libre elección por parte del paciente y del profesional;
  - 3) Respetar el espíritu de este Reglamento, el contrato, las normativas que se estipulen y sus modificaciones en el sentido de no efectuar trato alguno que implique una discriminación para el paciente;
  - 4) Cumplir todas las obligaciones y normativas que estableciera el Círculo Odontológico de Paraná;
  - 5) Tener vigente durante todo el tiempo de permanencia en la “NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES” la cobertura establecida por el Colegio de Odontólogos de Entre Ríos a través del Sistema Solidario para Protección en el Ejercicio de la Profesión (SOCORRER) en los términos establecidos en su reglamentación. (8)

Paraná, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN \_\_\_\_\_

(8) O un servicio de cobertura similar de acuerdo a lo previsto por el Art. 10º de las Normas Generales del SOCORRER.





Círculo  
Odontológico  
de Paraná  
Desde 1929

ENTIDAD ADHERIDA A C.O.R.A

ENTIDAD CON CONVENIO INTERINSTITUCIONAL

· Asociación Odontológica Argentina  
· Círculo Argentino de Odontología  
· Círculo Odontológico de Rosario

· Círculo Odontológico Santafesino  
· Facultad de Odontología de Rosario  
· Facultad de Odontología de la UBA

☎ (0343) 4318362 / 4231497

🏠 Corrientes 218 - 3100 Paraná E.R.

✉ cop@coparana.com.ar

🌐 www.coparana.com.ar

### **CAJA DE AYUDA SOLIDARIA** del Círculo Odontológico de Paraná

El/la que suscribe:

APELLIDO Y NOMBRES: \_\_\_\_\_  
(Consiguar sin abreviaturas, tal como figura en el documento de identidad)

DOMICILIO LEGAL: \_\_\_\_\_ TE.: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO IDENTIDAD: TIPO Y NÚMERO \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

MATRÍCULA PROFESIONAL DE ENTRE RIOS: \_\_\_\_\_

Solicita ingresar a la CAJA DE AYUDA SOLIDARIA del Círculo Odontológico de Paraná como afiliado ACTIVO/ADHERENTE (tachar lo que no corresponda) y declara estar dispuesto a dar fiel cumplimiento a la Reglamentación de dicha Caja designando como beneficiario/s, para el caso de fallecimiento, a:

1.) \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

DOMICILIADO EN CALLE: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ DPTO. \_\_\_\_\_

DE LA CIUDAD DE \_\_\_\_\_, VINCULO \_\_\_\_\_.-

2.) \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

DOMICILIADO EN CALLE: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ DPTO. \_\_\_\_\_

DE LA CIUDAD DE \_\_\_\_\_, VINCULO \_\_\_\_\_.-

\_\_\_\_\_  
Firma y sello

Paraná, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.0\_\_





Paraná, ..... de.....de.....

Señor

Presidente

Círculo Odontológico de Paraná

Dr.....

Su Despacho

De mi mayor consideración:

Por la presente cumpla en dirigirme a Ud. con la finalidad de solicitar se me incluya en la lista de asociados que integran el Servicio de Urgencias Odontológicas de la Institución (S.U.O), en la categoría de Prestador.-

A la espera de una resolución favorable, hago propicia la oportunidad para saludarle muy atentamente.

# IOSPER | Formulario de adhesión de Prestadores - Declaración Jurada

\*Campo obligatorio  
 \*\* Elegir al menos una opción  
 \*\*\*Sólo para Convenio Individual

CUIT*	Número de documento*	Tipo de documento (marcar con una cruz)**
		<input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> LE

Nombre\*

Apellido*	Fecha de nacimiento*	Sexo (marcar con una cruz)**
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

Estado Civil (marcar con una cruz)**	Nacionalidad*
<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Otro	

Domicilio Comercial

Localidad*	Calle*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número	Deplo. <input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Manzana <input type="checkbox"/> Tira <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Km <input type="checkbox"/> Cuerpo <input type="checkbox"/> Torre <input type="checkbox"/>

Contacto Comercial

Teléfono**	Celular**
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mail*	Web
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Condición Fiscal AFIP (marcar con una cruz)**	Condición Fiscal ATER (marcar con una cruz)**
<input type="checkbox"/> R. Inscripto <input type="checkbox"/> Monotributista <input type="checkbox"/> Exento <input type="checkbox"/> Cont. Social <input type="checkbox"/> Ins. Ganancia	<input type="checkbox"/> P. Liberales <input type="checkbox"/> R. General <input type="checkbox"/> R. Simplificado <input type="checkbox"/> Sello

Con. AFIM	Datos Profesionales		
<input type="checkbox"/> Tasa ISIIPS	Matrícula*	Fecha de Matriculación*	Fecha de inscripción en IOSPER*
	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	Nro. de Póliza* Mala Praxis	Fecha de Graduación	Jefe de Servicios en Institución Hospitalaria
	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>

Especialidades

Especialidad 1	Fecha	Especialidad 2	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Convenios con IOSPER	Colegios
Convenio Nivel 1*	Círculo 1
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Convenio Nivel 2	Círculo 2
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Círculo 3
	<input type="text"/>
	Círculo 4
	<input type="text"/>

Cuenta Bancaria

CBU	<input type="text"/>
Banco	<input type="text"/>
Tipo de cuenta	<input type="text"/>

Manifiesto mi adhesión voluntaria y expresa al convenio entre ..... y el IOSPER en este acto declaro haber leído, conocer y aceptar en todos sus términos.

-----  
 Firma Prestador

-----  
 Firma Empleado IOSPER



Círculo  
Odontológico  
de Paraná  
Desde 1929

ENTIDAD ADHERIDA A C.O.R.A

ENTIDAD CON CONVENIO INTERINSTITUCIONAL

· Asociación Odontológica Argentina  
· Círculo Argentino de Odontología  
· Círculo Odontológico de Rosario

· Círculo Odontológico Santafesino  
· Facultad de Odontología de Rosario  
· Facultad de Odontología de la UBA

☎ (0343) 4318362 / 4231497

🏠 Corrientes 218 - 3100 Paraná E.R.

✉ cop@coparana.com.ar

🌐 www.coparana.com.ar

### ADHESION OSDE BINARIA (Nuevos socios)

Paraná, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

SEÑOR  
PRESIDENTE  
CIRCULO ODONTOLOGICO DE PARANA

Ref. SEGURO DE VIDA OSDE BINARIA

Por la presente solicito la contratación a mi cargo del seguro de vida, a través del Círculo, con OSDE BINARIA, para lo cual detallo datos a tener en cuenta.

APELLIDO: \_\_\_\_\_

NOMBRES: \_\_\_\_\_

DNI Nº: \_\_\_\_\_ MATRICULA C.O.E.R Nº: \_\_\_\_\_

CUIT Nº \_\_\_\_\_ MONOTRIBUTO  RESP. INSCRIPTO

FECHA NAC.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ LUGAR DE NAC.: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO PARTICULAR \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO/S PROFESIONAL/ES:

1) \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ DPTO. \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ DPTO. \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

\*El Costo mensual del Seguro es de \$40.70 (pesos cuarenta con setenta), el cual se le debitará automáticamente de su facturación de obras sociales.

Sin más, saludo a Ud. muy atte.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello



Paraná, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.0 \_\_\_\_

SEÑOR  
PRESIDENTE  
CIRCULO ODONTOLOGICO DE PARANA

Ref. SEGURO ALTA COMPLEJIDAD QUIRURGICA SANCOR

Por la presente solicito mi incorporación como afiliado titular al - 100%

Asimismo, adhiero bajo mi cargo, a las siguientes personas:

<b>APELLIDO Y NOMBRES</b>	<b>VINCULO</b>	<b>DNI</b>	<b>FECHA NACIMIENTO</b>

Sin más, saludo a Ud. Atte.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello



Paraná, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.0\_\_\_\_

SEÑOR  
PRESIDENTE  
CIRCULO ODONTOLOGICO DE PARANA

Ref. SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL SANCOR

Por la presente solicito la contratación a mi cargo del seguro de Mala Praxis, a través del Círculo, con Sancor Coop. de Seguros, para lo cual detallo datos a tener en cuenta.

APELLIDO: \_\_\_\_\_

NOMBRES: \_\_\_\_\_

DNI Nº: \_\_\_\_\_ MATRICULA C.O.E.R Nº: \_\_\_\_\_

CUIT Nº \_\_\_\_\_ MONOTRIBUTO  RESP. INSCRIPTO

FECHA NAC.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ LUGAR DE NAC.: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO PARTICULAR \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO/S PROFESIONAL/ES:

1) \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ DPTO. \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ DPTO. \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

MONTO DE COBERTURA: \$ \_\_\_\_\_ (Pesos: \_\_\_\_\_ )

Sin más, saludo a Ud. muy atte.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello



## REGLAMENTO DE LA NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES

### BASES Y PROPÓSITOS

En función de la alta responsabilidad que le cabe a la Odontología agremiada en el seno del Círculo Odontológico de Paraná frente a la sociedad y a los efectos de permitir un más efectivo desarrollo y cumplimiento de las normas que prevén los Estatutos, Códigos y las resoluciones de la Institución que los complementan y proyectan, a fin de velar por la real efectivización de principios científicos, técnicos, éticos y administrativos en el ejercicio profesional orientándolo hacia una Odontología de prevención, preservación y conservación de la salud buco-dental de la población y para el mejoramiento, fortalecimiento y engrandecimiento de la profesión, tendiendo a su unidad, velando por sus condiciones decorosas de labor y su destino social, créase la "NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES" que se regirá por las disposiciones del presente y las que, en lo sucesivo, establezca el Círculo Odontológico de Paraná.-

El Círculo Odontológico de Paraná, a través de la "NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES", previa celebración de convenios, brindará servicios odontológicos a los afiliados de organizaciones contratantes o a particulares.-

**Artículo 1º):** Los servicios que sean contratados con terceros a través del Círculo Odontológico de Paraná o del Servicio Odontológico Solidario (S.O.S.) serán prestados, a través de la "NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES", en las condiciones que se determinan en esta reglamentación y en las que, al efecto, establezca la Comisión Directiva de la Entidad y/o la Asamblea de la Institución.

**Artículo 2º):** El profesional odontólogo, asociado al Círculo Odontológico de Paraná, al inscribirse en la "NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES", deberá suscribir una Declaración Jurada, cuyo formulario proveerá la Institución, en la que consten los siguientes datos:

- a) Apellido/s y nombre/s completo/s, fecha de nacimiento, Facultad y Universidad en la que se recibió y fecha de egreso de aquélla;
- b) Número y fecha de su matrícula profesional habilitante otorgada por el Colegio de Odontólogos de Entre Ríos;
- c) Domicilio/s profesional/es y número/s de teléfono/s respectivo/s;
- d) Domicilio real y número telefónico respectivo;
- e) Detalle de todos los cargos que desempeñe y servicios profesionales que preste, bajo cualquier forma que fuera, en obras sociales, mutuales, empresas privadas, empresas u organismos del Estado, mixtas, etc., con indicación, en cada uno de ellos, de la función que desempeñe, fecha del nombramiento y forma de designación (concurso, contrato, etc.), lugar y modalidad de trabajo, etc., fueran en la Provincia de Entre Ríos o en cualquier otra jurisdicción territorial;
- f) El detalle de su radicación profesional en otras provincias, sus fechas y demás detalles que requieran las autoridades del Círculo Odontológico de Paraná;
- g) La obligación de comunicar a la Institución, por escrito, dentro de los treinta días de producida, la modificación de cualquiera de los datos incluidos en la Declaración Jurada;
- h) La aceptación de las Normas del presente Reglamento que declara conocer.

**Artículo 3º):** Cuando el asociado, en la Declaración Jurada prevista en el artículo anterior, consigne datos falsos o los omita o no de cumplimiento a la obligación prevista en el inc. f) del referido artículo, incurrirá en falta grave que podrá ser juzgada por el Tribunal de Honor de la Institución.



**Artículo 4º):** En los casos previstos en el artículo anterior, al igual que ante cualquier incumplimiento de las normas establecidas en este Reglamento, el Tribunal de Honor podrá adoptar las siguientes resoluciones inherentes a él:

- 1) Absolución.
- 2) Apercibimiento o llamado de atención por única vez,
- 3) Suspensión de un (1) mes a dos (2) años para integrar la Nómina de Prestadores,
- 4) Expulsión de la Nómina de Prestadores.

La sanción de Suspensión implicará, durante el lapso que abarque, la prohibición de prestar servicios a través de la Nómina de Prestadores del odontólogo sancionado a partir del día que fije el Tribunal de Honor por resolución en firme tomando en consideración que, la misma, deberá iniciarse un día primero del mes y dando, previamente, el tiempo necesario a la Comisión Directiva del Círculo Odontológico de Paraná para su información a la(s) entidad(es) contratante(s) de los servicios.

La sanción de Expulsión, a partir de resolución en firme del Tribunal de Honor, determinará la separación del Odontólogo de la Nómina de Prestadores con absoluta prohibición de participar en ella en carácter de Prestador Asociado por el plazo que establezca el Tribunal de Honor el que no podrá ser inferior a cuatro (4) años.

**Artículo 5º):** Informada la Comisión Directiva de cualquiera de los hechos previstos en el Art. 3º) del presente Reglamento podrá, con los dos tercios de los votos de sus integrantes, disponer la suspensión preventiva inmediata del asociado como partícipe de la "NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES" y derivará el caso con toda celeridad al Tribunal de Honor de la Institución, a los efectos de su juzgamiento.

**Artículo 6º):** Los odontólogos integrantes de la "NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES" podrán integrar las siguientes categorías:

**Prestador Socio – Padrón SBC:** Será considerado como tal aquel asociado del Círculo Odontológico de Paraná inscripto en la "NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES", que:

- 1) No tenga relación de dependencia con organizaciones, obras sociales, sistemas de Medicina u Odontología prepaga, sindicatos, asociaciones, fundaciones o cualquier otra entidad privada que presten servicios odontológicos a sus asociados, afiliados o a terceros mediante consultorios bajo el régimen de un sistema cerrado, en la Provincia de Entre Ríos o en cualquier otra jurisdicción;
- 2) No tenga relación de dependencia con organizaciones, obras sociales, sistemas de Medicina u Odontología prepaga, sindicatos, asociaciones, fundaciones o cualquier otra entidad privada que presten servicios odontológicos a sus asociados, afiliados o a terceros, bajo cualquier sistema que no sea el previsto en el inciso anterior, en la Provincia de Entre Ríos o en cualquier otra jurisdicción;
- 3) No participe en forma directa, indirecta o en cualquier forma que fuera o preste servicios profesionales en organizaciones, obras sociales, sistemas de Medicina u Odontología prepaga, sindicatos, asociaciones, fundaciones o cualquier otra entidad privada de cualquier tipo que haya implementado o implemente sistemas para la prestación de servicios odontológicos a través de consultorios, propios o no, en la Provincia de Entre Ríos o en cualquier otra jurisdicción;
- 4) No sea propietario en un todo o parte, accionista o socio, directa o indirectamente o en cualquier forma que fuera de organizaciones, empresas, sociedades comerciales o civiles que brinden atención odontológica con fines de lucro en la Provincia de Entre Ríos;



- 5) No preste servicios, directa, indirectamente o en cualquier forma que fuera, en organizaciones, obras sociales, sistemas de Medicina u Odontología prepaga, sindicatos, asociaciones, fundaciones, o cualquier otra entidad privada o no que brinden servicios odontológicos a sus asociados, afiliados o a terceros, que no hayan celebrado contrato de asistencia con el Círculo Odontológico de Paraná;
- 6) **No encontrarse en calidad de asociado o integrante activo de otra organización gremial profesional o representativa de los odontólogos con similares objetivos, finalidades y conformación que el Círculo Odontológico de Paraná, que posea igual ámbito o jurisdicción personal y territorial de actuación."**

**Prestador Socio – Padrón CBC-1:** Será considerado como tal aquel asociado al Círculo Odontológico de Paraná, inscripto en la "NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES" que no reúna los requisitos establecidos en el punto 1) de este artículo inherente a la categoría de Prestador Socio- Padrón SBS;

**Prestador Socio – Padrón CBC-2:** Será considerado como tal aquel asociado al Círculo Odontológico de Paraná, inscripto en la "NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES" que, con la excepción prevista para la categoría CBC-1 en el párrafo anterior, no reúna alguno de los requisitos establecidos para integrar la categoría de Prestador Socio- Padrón SBC;

**Prestador No Socio:** Será considerado como tal, aquel odontólogo con matrícula vigente en la Provincia de Entre Ríos que, no siendo asociado al Círculo Odontológico de Paraná o integrante de la "NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES" fuera admitido para integrar la misma suscribiendo el convenio de adhesión que, al efecto, establezca la Comisión Directiva de la Institución.

**Artículo 6º bis):** En caso de que la Comisión Directiva tome conocimiento que algún asociado, integrante de la Nómina de Prestadores, se encuentra comprendido en alguna de las situaciones previstas en el artículo anterior, procederá a intimarlo para que, en el plazo de 24 horas, proceda a aclarar su situación.

En caso de no dar cumplimiento al requerimiento citado en el lapso establecido o de reconocer estar comprendido en alguna de las situaciones previstas en el artículo anterior, la Comisión Directiva procederá a registrarlo en el padrón que corresponda según las normas establecidas en este Reglamento.

En el supuesto de que un asociado fuera incluido, sin su consentimiento, en una lista de prestadores que lo convierta en transgresor de alguna de las situaciones previstas en los incisos del artículo anterior, intimará, por medio fehaciente, en el plazo de 24 horas, a la persona u organización responsable del hecho para que lo excluya de inmediato y enviará copia de la intimación remitida a la Comisión Directiva.

**Artículo 7º):** Los integrantes de la "NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES" que integren la categoría de **Prestador Socio – Padrón SBC** tendrán los siguientes derechos, sin perjuicio de otros que establezcan las reglamentaciones particulares que dicte la Comisión Directiva para cada convenio asistencial:

- 1) Al mínimo de retención por gastos de administración del sistema;
- 2) Al reintegro proporcional de los excedentes que resulten luego de la retención de gastos de todo el sistema, determinados en forma anual y en base a los estados contables correspondientes, aprobados por la Asamblea;
- 3) A la categorización en el mismo Padrón según la reglamentación que dicte la Comisión Directiva.





**Artículo 8º):**

a) Los integrantes de la "NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES" que integren la categoría de **Prestador Socio – Padrón CBC-1** tendrán los derechos que establezcan las reglamentaciones particulares que dicte la Comisión Directiva para cada convenio asistencial. Estos derechos no igualarán ni superarán a los que posean los de la categoría Prestador Socio- Padrón SBC.

La retención por gastos de administración del sistema al **Prestador Socio- Padrón CBC-1** será, siempre, superior a la que fije la Comisión Directiva como testigo, entre un 50% y un 100% de la que se le efectúe al Prestador Socio – Padrón SBC.

**El Prestador Socio – Padrón CBC-1** no tendrá derecho al reintegro proporcional de los excedentes que resulten de la retención de gastos de todo el sistema ni a la categorización de los integrantes de su Padrón;

b) Los integrantes de la "NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES" que revistan la categoría de **Prestador Socio – Padrón CBC-2** tendrán los derechos que establezcan las reglamentaciones particulares que dicte la Comisión Directiva para cada convenio asistencial. Estos derechos no igualarán ni superarán a los que posean los de la categoría Prestador Socio- Padrón CBC-1.

La retención por gastos de administración del sistema al **Prestador Socio – Padrón CBC-2** será, siempre, superior a la que fije la Comisión Directiva como testigo, entre un 50% y un 100% de la que se le efectúe al Prestador Socio – Padrón CBC-1.

**El Prestador Socio – Padrón CBC-2** no tendrá derecho al reintegro proporcional de los excedentes que resulten luego de la retención de gastos de todo el sistema ni a la categorización de los integrantes de su Padrón. El Prestador Socio – Padrón CBC-2 no podrá participar de la Nómina de Prestadores en los convenios que sean firmados a través o con el Sistema Odontológico Solidario (S.O.S.) del Círculo Odontológico de Paraná, con la excepción prevista en el artículo siguiente.

**Artículo 9º): El Prestador No Socio** poseerá, únicamente, los derechos que se establezcan en el convenio individual que se firme con el mismo conforme a las pautas que decida la Comisión Directiva. Estos derechos no superarán ni igualarán a los que posean los de las categorías Prestador Socio- Padrón CBC-1 y Prestador Socio- Padrón CBC-2.-

**Artículo 10º):** Los porcentajes de retención por gastos administrativos u otros serán fijados por la Comisión Directiva del Círculo Odontológico de Paraná para cada convenio asistencial que se suscriba.

**Artículo 11º):** La inscripción en la "NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES" significará la aceptación, por parte del profesional odontólogo, de todas las normas contenidas en el presente Reglamento, con los derechos, obligaciones y responsabilidades que implican, a la vez que el otorgamiento de una autorización expresa a la Institución a fin de que suscriba convenios asistenciales de servicios odontológicos incluyéndolo junto a los otros profesionales de la Nómina.

**Artículo 12º):** A los fines de la ejecución de cada contrato, las organizaciones contratantes de servicios pagarán el valor de la asistencia prestada al Círculo Odontológico de Paraná o al Servicio Odontológico Solidario del mismo, en su caso, discriminando, claramente, los importes correspondientes a cada profesional según la facturación registrada en los resúmenes de asistencia que les hubieran sido remitidas.



El Círculo Odontológico de Paraná, a su vez, abonará a cada profesional los importes que les correspondieran, una vez hecho efectivo los mismos por parte de la organización contratante y después del trámite administrativo pertinente, quedando, asimismo, por el presente, autorizado a efectuar las retenciones sobre los montos que hubiera que pagar a cada prestador en concepto de gastos de administración, observaciones o cualquiera otra que fuere dispuesta por la autoridad de la Institución o que legal o impositivamente correspondieran.

**Artículo 13º):** En el momento de celebrar el contrato a que hace referencia el Art. 1º de este Reglamento, el Círculo Odontológico de Paraná entregará un ejemplar de la Nómina de Prestadores incluidos en este Reglamento a la entidad contratante, el que será actualizado, con las modificaciones que se fueran produciendo, dentro de los treinta días de registradas.

**Artículo 14º):** Los odontólogos asociados, integrantes de la "NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES" gozarán de todos los derechos que preveen los Estatutos de la Institución, los emergentes de las Normas contenidas en este Reglamento y los que deriven de los contratos y normativas que se estipulen y sus modificaciones, en particular:

- a) Que el Círculo Odontológico de Paraná defienda los intereses relacionados con las condiciones decorosas de trabajo profesional;
  - b) A intervenir profesionalmente brindando los servicios odontológicos contratados a los afiliados o usuarios de la organización contratante que se hallen en condiciones legales y reglamentarias;
  - c) A requerir la intervención del Círculo Odontológico de Paraná –reconociéndolo como su único representante con exclusión de toda otra intermediación. Cuando se suscitase un conflicto con la organización contratante, sus afiliados o usuarios, en relación a situaciones contempladas en el contrato vigente y este Reglamento;
  - d) A requerir igual intervención del Círculo Odontológico de Paraná cuando se suscitase un problema con algún(os) profesional(es) integrante(s) de la "NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES" " en similares situaciones que las precitadas;
  - e) Que le sean respetadas las normas internas de sus consultorios;
- 
- f) Que el Círculo Odontológico de Paraná les comunique con prontitud los nuevos convenios que suscriba y las modificaciones que se produzcan en los existentes;
  - g) A solicitar su exclusión del Padrón de Prestadores de una o más organizaciones contratantes dentro de los diez días corridos de decepcionada la información remitida por el Círculo Odontológico de Paraná en los nuevos convenios asistenciales;
  - h) A solicitar su exclusión del Padrón de Prestadores de una o más organizaciones contratantes con una anticipación suficiente a juicio del Círculo Odontológico de Paraná para que pueda modificarlo y comunicar tal decisión.

**Artículo 15º):** Los odontólogos integrantes de la "NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES" deberán respetar y cumplir las obligaciones resultantes de las normas contenidas en este Reglamento y las que deriven de los contratos así como de las normas inherentes que se estipulen y sus modificaciones, en particular:

- a) Brindar a los afiliados o usuarios de la organización contratante –cuando se hallen legal y reglamentariamente habilitados- los servicios odontológicos realizando, al efecto, los actos o prácticas necesarias dentro de los términos contractuales;
- b) Respetar el mutuo derecho de libre elección por parte del paciente y del profesional;
- c) Respetar el espíritu de este Reglamento, el contrato, las normas que se estipulen y sus modificaciones sin discriminación alguna;



- d) Cumplir todas las obligaciones y normas que establezca el Círculo Odontológico de Paraná inherentes al contrato asistencial y a este Reglamento;
- e) Tener plenamente vigente, durante todo el tiempo de su permanencia en la "NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES", la cobertura establecida por el Colegio de Odontólogos de Entre Ríos a través del Sistema Solidario para Protección en el Ejercicio Asistencial de la Profesión (SOCORRER) en los términos estipulados en sus Normas y Reglamentos o un servicio de cobertura similar de acuerdo a lo previsto por el Art. 10º de las Normas Generales del SOCORRER.

**Artículo 16º):** Los integrantes de la "NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES", fueran o no asociados al Círculo Odontológico de Paraná, que realicen funciones de asesoría en una organización contratante, no podrán ejercer ningún tipo de práctica asistencial a los afiliados o usuarios de la misma ni integrar su Nómina de Prestadores. La Comisión Directiva del Círculo Odontológico de Paraná podrá establecer, a través de una resolución específica, algún caso de excepción en situaciones muy particulares.

**Artículo 17º):** El incumplimiento de la obligación de la Declaración Jurada del presente Reglamento, dentro de los quince (15) días de surgida la obligación de presentar la misma, determinará la automática suspensión del asociado del padrón de todas las contrataciones de servicios asistenciales del Círculo Odontológico de Paraná hasta tanto de cumplimiento a tal requisito.

**Artículo 18º):** Queda totalmente prohibido a los integrantes de la "NÓMINA DE PRESTADORES DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ PARA CONTRATACIONES ASISTENCIALES", entre otras conductas reñidas con la ética profesional o con las leyes vigentes, las siguientes: a) Hacer suscribir al paciente, en blanco, la documentación inherente al convenio asistencial; b) Falsificar la firma de los pacientes o de los familiares o responsables en el caso de menores o de incapacitados en la documentación inherente a los convenios asistenciales; c) Prestar atención odontológica, bajo contrato, a pacientes que presenten credenciales de asociados que pertenezcan a terceras personas; d) Incluir en los registros de asistencia tratamientos no prestados; e) Presentar al cobro registros de asistencia con tratamientos no realizados; f) Presentar al cobro registros de asistencia con tratamientos que no estén terminados.

La comisión de cualquiera de las faltas enunciadas supra o similares, serán juzgadas por el Tribunal de Honor del Círculo Odontológico de Paraná, conforme a lo establecido por el Art. 4º de este Reglamento.

Cuando la Comisión Directiva del Círculo Odontológico de Paraná considere que la conducta que se impute por el presente artículo así como la prevista en el artículo 3º de este Reglamento pueda constituir una falta a la ética o un delito de acción pública, sin perjuicio de lo que resuelva el Tribunal de Honor de la Institución, podrá elevar

las actuaciones pertinentes al Tribunal de Honor del Colegio de Odontólogos de Entre Ríos y/o podrá radicar la denuncia judicial correspondiente.

### CLÁUSULA TRANSITORIA

**Artículo 19º):** El presente Reglamento, a partir de su aprobación e inscripción ante la Dirección Provincial de Inspección de Personas Jurídicas, deja sin efecto el Reglamento de la Nómina de Asociados del Círculo Odontológico de Paraná existente y cualquier otra norma no estatutaria que se le contraponga las que, hasta ese momento, mantendrán su vigencia.-



**Texto aprobado por la Asamblea General Extraordinaria celebrada el 31/10/2007 que incluye modificación Art. 6º que se señala en "negrita"**



## **REGLAMENTO DE LA CAJA DE AYUDA SOLIDARIA** **CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ**

### CREACIÓN:

**Art. 1)** Créase la Caja de Ayuda Solidaria del Círculo Odontológico de Paraná, la que tendrá por fin primordial acudir en forma inmediata en ayuda de sus afiliados y beneficiarios instituidos y que en ningún caso perseguirá fines de lucro conforme las disposiciones del presente Reglamento.-

**Art. 2)** Integrantes. Integrarán la Caja, obligatoriamente, los asociados del Círculo Odontológico de Paraná que desarrollen activamente la profesión y en forma optativa, los adherentes según se consigna en el Art. 3), con las limitaciones contenidas en la presente Reglamentación.-

**Art. 3) Categorías.** La Caja reconoce dos categorías de afiliados:

- 1) Activos, constituida por odontólogos asociados al Círculo Odontológico de Paraná que realicen ejercicio activo de la práctica profesional privada;
- 2) Adherentes, constituida por:
  - a) Odontólogos asociados al Círculo Odontológico de Paraná retirados definitivamente del ejercicio de la práctica profesional privada;
  - b) Cónyuges de odontólogos afiliados de la Caja que estén a cargo de éstos.

**Art. 4)** El cónyuge de odontólogo afiliado a la Caja tendrá derecho a solicitar su ingreso a la misma sólo dentro de los seis meses de aceptada la incorporación de aquél, o dentro de los seis meses de haber contraído matrimonio con odontólogo que revistara, a la fecha del enlace, como afiliado de la Caja. Vencidos dichos plazos, su incorporación es improcedente.

**Art. 5) Del Ingreso a la Caja.** Las personas mencionadas en el Art. 3), para ingresar a la Caja, deberán cumplir los siguientes requisitos:

- a) Presentar la Solicitud de Ingreso provista por la Subcomisión Administradora consignando todos los datos requeridos;
- b) Abonar los importes correspondientes a la cuota de ingreso establecida en el Art. 27), inc. a), y a Gastos de Administración (Art. 29, inc. a);
- c) Estar al día con sus contribuciones y aportes al C.O.E.R. y no hallarse cumpliendo sanción disciplinaria aplicada por dicha entidad, de inhabilitación o suspensión.-

**Art. 6)** Cada Solicitud será considerada por la Subcomisión Administradora quien resolverá su aceptación, diferimiento (en razón de no haberse cumplimentado la totalidad de los recursos reglamentarios) o rechazo, según corresponda.

**Art. 7)** Incorporado el nuevo afiliado, se le remitirá un documento, suscripto por el Presidente, Secretario y Tesorero de la Comisión Directiva, en el que se consignará:

- a) Nombre y domicilio del afiliado;
- b) Nombre, domicilio y parentesco (en su caso) de la persona o personas instituidas como beneficiarios;
- c) Cuando por razones privadas el afiliado desee mantener reservado el nombre del beneficiario, éste podrá constar en un documento que entregará al Círculo en sobre cerrado, lacrado y provisto de las firmas de sus autoridades y del afiliado.-

El afiliado podrá modificar el beneficiario cuando lo estime conveniente, debiendo solicitarlo por escrito a la Institución. El cambio será registrado en el documento que posee, refrendado por las autoridades del Círculo Odontológico de Paraná.

**Art. 8) De los beneficios.** La Caja reconocerá exclusivamente los siguientes beneficios:

- a) Subsidio por Incapacidad Transitoria del afiliado activo;
- b) Subsidio por Incapacidad Prolongada del afiliado activo
- c) Subsidio Unico por Fallecimiento del afiliado activo o adherente;

Los que se concederán previo cumplimiento por parte de los afiliados o beneficiarios de los requisitos establecidos en el presente Reglamento.

**Art. 9)** Para los Subsidios por Incapacidad Transitoria o Prolongada se establece un período de carencia de 24 meses a partir de la fecha de ingreso a la Caja, excepción hecha para quien, revistiendo como socio activo del Círculo, se hubiera radicado fuera del Departamento Paraná, pasando a figurar en la categoría de socio ausente. En tal caso, al momento de su reingreso, si ya



había cumplido los 24 meses de carencia, se lo reincorpora inmediatamente. En caso contrario, deberá cumplir el período de carencia exigido.-

**Art. 10)** Al otorgarse cada beneficio por Incapacidad (Transitoria o Prolongada) o por Fallecimiento, la Subcomisión Administradora recabará de cada afiliado, según corresponda a la categoría de que se trate, el pago del (o de los) correspondiente(s) aporte(s).-

**Art. 11)** De los Subsidios por Incapacidad. Procederá el otorgamiento de Subsidio por Incapacidad Transitoria o Prolongada exclusivamente a los afiliados activos que se encuentren afectados de dolencia o que, razones de fuerza mayor, le impidan ejercer la práctica privada de la profesión y que cumplimenten los siguientes recaudos:

1) **Respecto a la Incapacidad Transitoria:**

- a) que dicho impedimento le imposibilite el ejercicio profesional por lapso no menor de 30 días y no mayor de 120 días, en ambos casos días corridos;
- b) por maternidad, se otorga el Subsidio por el término de 30 días corridos, a partir de la fecha del parto.

2) **Respecto a la Incapacidad Prolongada:**

- a) que dicho impedimento le imposibilite el ejercicio profesional por lapso superior a los 120 días corridos.-

**Art. 12)** De los plazos máximos de cada beneficio por Incapacidad.

Incapacidad Transitoria: El beneficio derivado del encuadramiento de un afiliado en los requisitos establecidos para la declaración de Incapacidad Transitoria reconocerá un plazo máximo de cuatro (4) meses corridos o alternados dentro del año calendario, vencido el cual no procederá el otorgamiento de un nuevo beneficio similar hasta transcurridos doce (12) meses de finalizado el último. En caso de subsistir la causa de incapacidad, el afiliado podrá optar por acogerse al beneficio de Incapacidad Prolongada.

En dicho caso, la Caja reconocerá hasta un máximo de ocho (8) meses corridos de incapacidad, los que se adicionarán a los cuatro (4) meses de la Incapacidad Transitoria.

Incapacidad Prolongada: El beneficio derivado del encuadramiento de un afiliado en los requisitos establecidos para la declaración de Incapacidad Prolongada reconocerá un plazo máximo de vigencia de doce (12) meses corridos, vencido el cual caducará automáticamente.

En tal caso, de mantenerse la causa que imposibilita el ejercicio profesional privado del beneficiario, este podrá optar por:

- a) Percibir el importe correspondiente al Subsidio por Fallecimiento, procediéndose a anular la institución de beneficiario por lo que no corresponderá el otorgamiento posterior de Subsidio por Fallecimiento al beneficiario instituido, con cancelación de matrícula;
- b) No percibirlo, en cuyo caso el otorgamiento del Subsidio por Fallecimiento se registrará por lo dispuesto en el Art. 14).-

El caso previsto en el inc. a) respecto del asociado del Círculo constituye la única excepción a la obligatoriedad de afiliación a la Caja y pago de aportes por siniestros posteriores.

El beneficiario de Incapacidad Prolongada no podrá gozar en el futuro de todo otro tipo de beneficio por Incapacidad, quedando eximido de sus obligaciones para con los mismos. Esta situación no comprende el Subsidio por Fallecimiento, al que tendrá derecho, como así también la obligación de aportar por los siniestros que se produzcan.-

**Art. 13)** Causales de cesación automática del beneficio establecido en el Art. 8), incisos a) y b): Constituirán causales de cesación del beneficio de Incapacidad, sea Transitoria o Prolongada:

- a) La presentación al Círculo (por parte de un beneficiario del régimen de incapacidad) de planilla de asistencia a afiliados de Obra Social prestada durante el período de vigencia del beneficio;
  - b) LA verificación fehaciente por parte de la Subcomisión Administradora de que el beneficiario ha realizado actos que impliquen ejercicio de la práctica privada profesional;
- El encuadramiento de la conducta del afiliado de la Caja socio del Círculo Odontológico de Paraná en alguna de las causales previstas en los precedentes incisos dará lugar, además, a su juzgamiento conforme las disposiciones estatutarias y reglamentarias de la Institución.

**Art. 14)** Del Subsidio por Fallecimiento: La presentación de la Partida de Defunción deberá ser efectuada por el beneficiario instituido dentro de los ciento ochenta días (180) de producido el fallecimiento, vencido dicho plazo caducará el derecho del beneficiario a percibir el Subsidio.



**Art. 15) De los Derechos de la totalidad de los Afiliados:** Todos los afiliados de la Caja tendrán derecho a que el importe correspondiente al Subsidio por Fallecimiento sea abonado al beneficiario instituido conforme a la presente Reglamentación, y en defecto de éste, a los herederos declarados en juicio.

**Art. 16) Derechos de los afiliados activos en particular.** Los afiliados activos tendrán los siguientes derechos:

- a) A obtener el otorgamiento de los beneficios previstos para los casos de Incapacidad Transitoria o Prolongada;
- b) A ser dispensado del pago de la cuota social y de los aportes correspondientes a otras incapacidades y/o subsidios por fallecimiento previstos por el presente Reglamento durante el lapso en que goce del beneficio de Incapacidad.

**Art. 17) Derechos de los afiliados adherentes en particular:** Los afiliados adherentes gozarán exclusivamente del derecho al Subsidio por Fallecimiento al beneficiario instituido (Art. 15), a cuyo efecto deberá cumplimentar los requisitos exigidos por el Art. 5).

**Art. 18) Obligaciones de la totalidad de los afiliados:**

- 1) Abonar, al momento de ingresar, los aportes correspondientes según sea la categoría de afiliado de la Caja.
- 2) Abonar puntualmente los aportes que le sean requeridos con motivo de la producción de siniestros comprendidos en el presente régimen, excepción hecha del caso previsto en el Art. 16) inc. b).
- 3) Presentar ante la Subcomisión Administradora la institución de beneficiario que prevé el Art. 7) inc. b) dentro de los treinta (30) días de recibido el correspondiente formulario.
- 4) Abonar las cuotas adeudadas con mora en base al respectivo importe vigente en el período mensual en que se efectivicen.

**Art. 19) Obligaciones de los afiliados activos:** Toda solicitud de beneficio por Incapacidad, sea Transitoria o Prolongada, deberá adjuntar los siguientes requisitos:

- 1) Presentarla por escrito consignándose:
  - a) Datos personales del solicitante;
  - b) Explicación sucinta de la dolencia o causal que dio origen a la imposibilidad del ejercicio profesional;
  - c) Fecha en que se produjo aquella y/o a partir de la cual el facultativo tratante aconsejó la cesación de la actividad profesional;
  - d) Tipo de beneficio solicitado (Incapacidad Transitoria o Prolongada);
  - e) Firma y sello del profesional solicitante.
- 2) Acompañar a la solicitud de beneficio certificación de autoridad competente que acredite la causa que imposibilita el ejercicio profesional y/o el original del certificado médico consignado:
  - a) Nombre y apellido del afiliado;
  - b) Fecha de otorgamiento;
  - c) Tipo de dolencia y/o causal que motiva la solicitud;
  - d) Fecha a partir de la cual se aconseja el cese de la actividad profesional;
  - e) Lapso estimado por el facultativo para que se produzca la reincorporación del peticionante a la actividad profesional;
  - f) Firma y sello del profesional que lo expide.
- 3) Presentar constancia de libre deuda ante el C.O.E.R. y que no se halla cumpliendo sanción disciplinaria, aplicada por dicha Entidad, de inhabilitación o suspensión.
- 4) Acompañar la totalidad de la documentación justificatoria de las prestaciones efectuadas a afiliados de entidades prestatarias del Círculo hasta el último día de ejercicio profesional durante el mes calendario de que se trate. Quedando a consideración de la Subcomisión Administradora contemplar cualquier otra situación:
  - a) Los afiliados con domicilio real y profesional en la ciudad de Paraná, dentro del cuarto día hábil siguiente al de la extensión del certificado;
  - b) Quienes residan fuera de ella, dentro de los seis días hábiles, acreditado con matasellos del correo en caso de ser enviadas por ese medio.-



**Art. 20) Requisitos especiales para los solicitantes con ejercicio profesional en Hospital o Centro de Salud.**

Presentación de copia de:

- a) Solicitud de licencia por enfermedad a su superior, con constancia de presentación, dentro de los cinco días de efectuada;
- b) Resolución concediendo la licencia a que refiere el punto anterior

La comprobación de concurrencia a sus tareas durante la vigencia del beneficio por parte del peticionante dará lugar a la extinción del mismo, el reintegro del total percibido y al juzgamiento de su conducta por el Tribunal de Honor.

**Art. 21)** El pago de los beneficios por Incapacidad (Transitoria o Prolongada) se efectuará luego de recaudadas las cuotas de los integrantes de la Caja y exclusivamente hasta el importe obtenido.

**Art. 22)** El procedimiento previsto para el pago de Incapacidades en relación con lo recaudado en concepto de cuotas de los afiliados será igualmente aplicable al pago del Subsidio por Fallecimiento.

**Art. 23) Obligaciones de los afiliados activos respecto de los beneficios de Incapacidad.** Constituyen obligaciones de los afiliados activos que soliciten y/o gocen del beneficio de Incapacidad, sea Transitoria o Prolongada:

- 1) Permitir la concreción de las medidas dispuestas por la Subcomisión Administradora tendientes a comprobar la existencia de la causal invocada para solicitar el beneficio derivado de Incapacidad.  
Su negativa determinará que la Subcomisión Administradora deniegue el beneficio solicitado y si se encontrara gozando del mismo, su automática suspensión hasta tanto preste su consentimiento, se concrete el examen y se compruebe que el beneficio resulta procedente, con las limitaciones establecidas en el Art. 12);
- 2) Sin perjuicio de lo consignado precedentemente, la negativa del afiliado determinará que los gatos y los honorarios devengados con motivo de las medidas dispuestas sean a su exclusivo cargo.

**Art. 24) Causales de Suspensión.** Constituirán causales de suspensión de un afiliado:

- a) La falta de presentación en término de la institución de beneficiario establecida en el Art. 7) inc. b);
- b) La falta de pago de tres cuotas consecutivas correspondientes a Subsidio por Incapacidad de afiliados;
- c) La falta de pago de dos cuotas consecutivas correspondientes a Subsidio por Fallecimiento de afiliados.

**Art. 25) 1)** La falta de pago de una cuota en término determinará la suspensión automática de todos los eventuales beneficios que pudiere corresponderle al afiliado moroso y/o al beneficiario instituido, mas no lo dispensa del cumplimiento de todas las obligaciones que tiene impuestas por el presente Reglamento.

2) A tal fin la Subcomisión Administradora le intimará previamente el pago de la cuota adeudada mediante comunicación fehaciente a fin de que efectivice dentro del plazo que se estipule.

3) Los afiliados adherentes que adeuden seis cuotas serán excluidos del régimen instituido en el presente, sin derecho a reclamo alguna, perdiendo en beneficio de la Caja todos los aportes efectuados.

**Art. 26) De la reincorporación.** Los afiliados adherentes excluidos de la Caja en virtud de la causal establecida en el artículo anterior o por haber optado su exclusión, podrán solicitar su reingreso previo cumplimiento de los siguientes recaudos:

- a) Presentar la respectiva solicitud ante la Subcomisión Administradora;
- b) Abonar el importe total de las cuotas abonadas por los demás afiliados adherentes (a partir de la siguiente de la última abonada por el interesado antes de ser excluido de la Caja) las que previamente serán actualizadas en base al monto vigente en el período mensual en que se apruebe su reincorporación.

**DEL PATRIMONIO DE LA CAJA**

**Art. 27) El patrimonio de la Caja se formará:**

- a) Con el aporte obligatorio que abonará el afiliado, por única vez, al ingresar, y cuyo importe corresponderá a: 3 (tres) cuotas de Subsidio por Fallecimiento (si es adherente);





3 (tres) cuotas de Subsidio por Fallecimiento y 3 (tres) cuotas por Incapacidad (si es activo); y el importe para Gastos de administración (10% de la cuota de Subsidio por Fallecimiento);

- b) Por el total de aportes que deben efectuar los afiliados activos que ejerzan la profesión en caso de Incapacidad de uno de ellos, a razón de una cuota por beneficio otorgado y mientras dure la incapacidad;
- c) Por los aportes que deben efectuar la totalidad de los afiliados, a razón de uno por cada Subsidio por Fallecimiento otorgado;
- d) Por la renta que dicho capital produzca;
- e) Por el producto de rifas, festivales o de cualquier origen similar que a sus fines se organice.

**Art. 28)** Los fondos que integran el patrimonio de la Caja serán depositados en institución bancaria, en Cuenta Corriente, Caja de Ahorro o depósito a Plazo Fijo, mediante la cuenta a la orden del Círculo Odontológico de Paraná, orden conjunta e indistinta de los siguientes miembros de la Comisión Directiva: Presidente, Tesorero o Secretario.

**Art. 29)** De los aportes Establécense los siguientes aportes a cargo de cada afiliado:

- a) Al ingresar y en concepto de gastos de administración, el importe correspondiente al 10% de la cuota establecida en el inc. b);
- b) Por cada Fallecimiento de afiliado, el importe correspondiente al 70% del valor arancelario privado vigente para una extracción;
- c) Por cada beneficiario de Incapacidad Transitoria o Prolongada, un aporte mensual equivalente el 20% del valor arancelario privado vigente para una extracción.

**Art. 30)** Subcomisión Administradora. La dirección y administración de la Caja estará a cargo de una Subcomisión Administradora de cinco (5) miembros, uno de los cuales, al menos, será miembro de la Comisión Directiva. Será designada por las autoridades del Círculo y su mandato se extenderá durante el período correspondiente al de la Comisión Directiva que la designó, debiendo continuar provisoriamente en sus funciones hasta tanto sean reemplazados por resolución de las nuevas autoridades de la Institución.

En caso de renuncia, deceso, licencia, etc., de uno de sus miembros, la Comisión Directiva deberá proceder dentro de los cinco días, a designar su reemplazante, y en caso de acefalía, a asumir sus funciones provisoriamente hasta tanto se designe la totalidad de los nuevos miembros.

**Art. 31)** La Subcomisión Administradora tendrá las siguientes facultades.

- 1) Realizar todos los actos para los que se encuentra facultada por el presente Reglamento.
- 2) Proponer a la Comisión Directiva la variación de los montos de los aportes cuando la actualización automática del Art. 29) resulte notoriamente insuficiente a los fines perseguidos por la Caja.
- 3) Considerar las solicitudes de beneficios efectuados por los afiliados o los beneficiarios instituidos y resolverlas de conformidad a las disposiciones del presente Reglamento.
- 4) Requerir todos los informes, aclaraciones, etc. necesarios para encuadrar la solicitud en los recaudos exigidos.
- 5) Disponer las comprobaciones que estime menester de la real existencia de causales de incapacidad de un afiliado.
- 6) Elevar las resoluciones adoptadas a la Comisión Directiva para conocimiento y demás efectos.
- 7) Realizar todos los actos indispensables para asegurar el correcto desenvolvimiento de la Caja y el estricto cumplimiento de sus fines.
- 8) Resolver, con carácter provisorio, toda cuestión no prevista en el presente Reglamento, ad referendum de la Comisión Directiva.
- 9) Elevar el grado de apelación a la Comisión Directiva las reclamaciones efectuadas por afiliados contra las decisiones que hubiere adoptado.
- 10) Establecer el monto de las cuotas resultantes de aplicar el porcentaje señalado en el Art. 29) en sumas enteras a los efectos de facilitar su percepción y contabilización.

**Art. 32)** En caso de disolución de la Caja, resuelta por una Asamblea, los bienes pasarán a integrar el patrimonio del Círculo Odontológico de Paraná.



**Art. 33)** Toda situación no prevista por estas reglamentaciones será resuelta en forma inapelable por la Comisión Directiva del Círculo odontológico de Paraná, la cual deberá someterla a consideración de la primera Asamblea que se realice.

**Art. 34)** Los socios de otras instituciones odontológicas que a la fecha pertenezcan a la Caja, permanecerán en la misma hasta su renuncia o fallecimiento, conservando la categoría de afiliados adherentes.-

Paraná, 28 de abril de 1.994



## **SISTEMA DE RESIDENCIA CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ**

### **INTRODUCCIÓN:**

La Residencia es un órgano de la Institución creado por la Comisión Directiva y Escuela de Postgrado.

### **OBJETIVOS:**

- Fomentar la formación técnica y científica de los nuevos profesionales socios del Círculo Odontológico de Paraná, con un perfil de Salud integral orientado hacia la prevención.
- Propiciar la formación institucional favoreciendo el conocimiento de los Estatutos Sociales, Normas y Reglamentaciones de todos los órganos del Círculo.
- Favorecer la integración de los nuevos profesionales a los servicios de atención en la prevención a pacientes especiales y guardias de urgencia odontológica.
- Favorecer la participación de los Residentes en la Comisión de Prevención, en los Programas "Sonríe Argentina" de la C.O.R.A.
- Promover la integración de los nuevos profesionales en el ámbito institucional.

### **COMISIÓN DE RESIDENCIA:**

A tales efectos se crea la Comisión de Residencia que estará integrada por tres (3) miembros, socios del Círculo Odontológico de Paraná que deberán reunir idénticas condiciones que las establecidas para ser miembro de un Comité de Apoyo de la Escuela de Postgrado.

Los integrantes de la Comisión de Residencia serán designados de la siguiente manera: dos (2) por la Comisión Directiva del Círculo, y uno (1) por el Comité de Administración de la Escuela de Postgrado.

Durarán dos (2) años en sus funciones, con opción a un período más, consecutivo. Se renovarán por 2/3.

En caso de renuncia, ausencia o fallecimiento de alguno de sus integrantes, la Comisión de Residencia seguirá funcionando con los miembros existentes hasta la culminación del período bianual.

Funciones:

- La Comisión de Residencia funcionará como un Comité de Apoyo dentro de la Escuela de Postgrado.
- La Comisión de Residencia propondrá la designación de un Jefe de Residentes, la que deberá ser aprobada por el Comité de Administración de la Escuela de Postgrado y la Comisión Directiva de la Institución.
- La Comisión de Residencia propondrá la designación de Monitores, en número de uno (1) cada cuatro (4) residentes, con la finalidad de orientar, Instruir, auxiliar en la práctica del Residente. Estos Monitores deberán ser aprobados por la Comisión Directiva del Círculo y el Comité de Administración de la Escuela de Postgrado.-
- Deberá programar todo el funcionamiento de la Residencia junto con el Jefe de Residentes en lo que atañe a la actividad científica y asistencial.
- Deberá llevar a cabo las acciones necesarias para el cumplimiento de los objetivos de la Residencia.
- Deberán informar al Comité de Administración de la Escuela de Postgrado y la Comisión Directiva del Círculo, cada sesenta (60) días y por escrito, sobre las actividades de la Residencia.
- Deberá llevar un libro de actas para el registro de todo lo actuado.

### **JEFE DE RESIDENTES:**

Será designado por la Comisión Directiva del Círculo y el Comité de Administración de la Escuela de Postgrado a propuesta de la Comisión de Residencia.

Su función tendrá una duración de dos (2) años.-



El Jefe de Residentes es un cargo rentado, percibiendo el importe equivalente a un (1) lucro cesante por sesión.-

Funciones:

- Deberá elaborar toda la actividad científica y asistencial junto con la Comisión de Residencia.
- Deberá estar presente durante el desarrollo de las actividades de la Residencia.
- Deberá proveer los insumos que se requieran en la tarea asistencial, velando por su correcto y racional uso, debiendo para ello llevar un registro escrito.
- Deberá recepcionar a los pacientes que serán asistidos informándolos de los objetivos de la Residencia, costos y características, debiendo los pacientes manifestar su conformidad mediante el Consentimiento Informado. Ningún paciente recibirá asistencia sin el debido consentimiento escrito.  
Para los casos de menores y/o discapacitados que no pueden prestar su consentimiento, lo deberá hacer un familiar directo, mayor de edad.
- Registrará una agenda de turnos bajo la forma de citas programadas. No se asistirá a un nuevo paciente hasta tanto no se de el alta a los pacientes en asistencia.
- Aprobará, corregirá o modificará el diagnóstico y plan de tratamiento elaborado por el Residente.
- Será responsable de las Historias Clínicas y de su archivo.
- Deberá confeccionar una Guía de procedimientos por cada materia.
- Deberá tener cobertura seguro de Mal Praxis.
- Deberá cumplir y hacer cumplir las normas de bioseguridad establecidas.
- Deberá informar por escrito a la Comisión Directiva del Círculo y Comité de Administración de la Escuela de Postgrado, sobre el incumplimiento de las normas establecidas por parte de Residentes y/o Monitores.
- Controlará la asistencia de los residentes.

#### **MONITORES:**

Serán designados por la Comisión Directiva del Círculo y el Comité de Administración de la Escuela de Postgrado a propuesta de la Comisión de Residencia, en número de uno (1) por cada cuatro (4) Residentes.

Funciones:

- Colaborar con el Jefe de Residentes en todas las actividades científico asistenciales.
- Ayudar u orientar a los Residentes en la elaboración del diagnóstico y plan de tratamiento.
- Garantizar que cada residente tenga el material y/o insumos requeridos para cada práctica.
- Velar por el estricto cumplimiento del plan de tratamiento aprobado por el Jefe de Residentes hasta el alta del paciente.
- Cumplir y hacer cumplir las normas de bioseguridad establecidas.

#### **RESIDENTES:**

Será Residente aquél odontólogo que ingresa como socio del Círculo Odontológico de Paraná. La Residencia es gratuita y optativa.

La duración de la Residencia es de seis (6) meses, con un total de veinticuatro (24) sesiones de cuatro (4) horas cada una. Se realiza en la Sala Clínica de la Institución.

Es condición necesaria para acceder a la función de prestador del Servicio de Urgencias Odontológicas haber realizado la Residencia.

Deberes y Atribuciones:

- El Residente debe tener cobertura de seguro de Mal Praxis.



Círculo  
Odontológico  
de Paraná  
Desde 1929

ENTIDAD ADHERIDA A C.O.R.A

ENTIDAD CON CONVENIO INTERINSTITUCIONAL

· Asociación Odontológica Argentina  
· Círculo Argentino de Odontología  
· Círculo Odontológico de Rosario

· Círculo Odontológico Santafesino  
· Facultad de Odontología de Rosario  
· Facultad de Odontología de la UBA

☎ (0343) 4318362 / 4231497

🏠 Corrientes 218 - 3100 Paraná E.R.

✉ cop@coparana.com.ar

🌐 www.coparana.com.ar

- Para obtener el certificado correspondiente deberá acreditar un 80% de asistencia, debiendo cumplir sesiones de cuatro (4) horas por semana, más las actividades extra asistenciales que pudieran realizarse tales como cursos, jornadas, seminarios, ateneos, etc.
- Deberá cumplir con los horarios de comienzo y finalización de cada jornada.
- Deberá cumplir las normas establecidas para registro de Historia Clínica, Diagnóstico y Plan de tratamiento, debiendo asentar en la misma todo lo realizado, con el informe del Monitor.
- Deberá cumplir con las normas de bioseguridad establecidas.(no fumar)
- Deberá cumplir con el programa de capacitación técnico-científico e institucional elaborado por la Comisión de Residencia.
- Deberá mantener el orden, la higiene y usar la vestimenta adecuada a la actividad que realiza (ambo, gorro, barbijo, anteojos).
- Deberá atender con respeto y amabilidad a los pacientes, colegas y personal de la Institución.
- Deberá trabajar con su propio instrumental, el que presentará estéril.
- Será responsable de los materiales que solicite, debiendo devolver al Monitor lo que no utilice.
- Será responsable de toda aparatología e instrumental que solicite al Monitor o Jefe de Residentes.
- Al retirarse deberá dejar en orden la Sala clínica.
- No podrá retirar ninguna documentación relativa a Historia Clínica, exámenes complementarios de diagnóstico, registros fotográficos, fichas, informes, Etc. propios de la actividad desarrollada en la Residencia.
- En el caso de no poder concurrir a una sesión, el Residente deberá comunicar su ausencia al Jefe de Residentes o Monitor, con cuarenta y ocho (48) horas de anticipación.
- Al finalizar la Residencia deberá presentar un trabajo de monografía, de casuística o de divulgación sobre un tema que le será propuesto por el Jefe de Residentes.
- Tendrá a su disposición un libro de novedades para asentar en él toda queja, reclamo, sugerencia o inquietud que hubiera comunicado verbalmente al Monitor y/o Jefe de Residentes.
- Todas las actividades científicas programadas por el Jefe de Residentes en el ámbito del Círculo serán sin cargo tanto para el Residente, Monitores y Jefe de Residentes.
- Cualquier incumplimiento de estas normas por parte del Residente será comunicado por nota al Comité de Administración y a la Comisión Directiva del Círculo, para su evaluación.

### **RESIDENCIA. REGLAMENTO DE SU FUNCIONAMIENTO:**

La Residencia funcionará en la Sala Clínica del Círculo Odontológico de Paraná, en los días y en los horarios que determinen la Comisión de Residencia y el Comité de Administración de la Escuela de Postgrado, en sesiones semanales de cuatro (4) horas de duración.

En ella se asistirán a pacientes sin cobertura social, que opten por este sistema y manifiesten la aceptación de todas sus normas y disposiciones en cuanto a características de asistencia y costos de la misma.

- Estricto cumplimiento de los horarios de inicio y finalización.
- Los costos que abonarán los pacientes corresponden a los valores de coseguros (bonos) estipulados para las prácticas que contempla el Plan Básico del Servicio Odontológico Solidario.
- Los pacientes serán adjudicados por el Jefe de Residentes. Si un Residente termina el período de seis meses de la Residencia y no ha cumplimentado el plan de tratamiento previsto, el Jefe de Residentes asignará al paciente otro odontólogo quien continuará la asistencia bajo las mismas pautas y sin variar la planificación.
- Cada paciente será atendido siempre por el mismo residente, el cual será designado por el Monitor a cargo de cada grupo. En el caso que el residente se ausentara una sesión, el paciente será atendido por otro Residente siguiendo estrictamente el plan de tratamiento confeccionado para la obtención del Alta Básica Odontológica.
- A todos los pacientes se les explicará en la primera consulta la metodología del tratamiento que se brindará en la Residencia, haciendo hincapié en que es un plan de tratamiento, y por lo tanto tiene un inicio, un desarrollo y el alta pasando luego a la etapa de controles periódicos. Se dejará bien

claro que no es atención asistencialista y el paciente firmará su conformidad. Luego se realizara el fichado, diagnóstico clínico (y radiográfico si corresponde) y la urgencia si la hubiera. Se confeccionará un plan de tratamiento específico para ese paciente, el que deberá cumplirse durante todo su tratamiento.

- El instrumental esterilizado, será provisto por cada Residente.
- La Institución proveerá los insumos, equipamiento y aparatología necesaria para la práctica.
- Los insumos que no fueran utilizados serán reintegrados luego de cada sesión.
- No se considerará ético la derivación de los pacientes hacia consultorios privados para la realización de prácticas no contempladas en la Residencia.
- Se confeccionará una Guía de Procedimientos por materia para los Residentes.
- Luego de cada sesión clínica se realizará un foro con los Residentes, Monitores y Jefe de Residentes, para presentar los planes de tratamiento, casos clínicos y debatir sobre cada uno de ellos.

### PRESTACIONES A REALIZAR:

<b>CODIGO</b>	<b>PRESTACION</b>	<b>COSEGURO</b>
10100	Consulta de relevamiento bucal. Historia clínica	
20100	Restauración monoteca	
20110	Restauración monoteca con fotocurado	
20200	Restauración diteca	
20210	Restauración diteca con fotocurado	
20300	Restauración triteca	
20310	Restauración triteca con fotocurado	
30100	Tratamiento radicular, un conducto	
30300	Tratamiento multirradicular,	
50200	Topificaciones con flúor. Por tratamiento	
50300	Inactivación de policaries activas	
50400	Enseñanza de técnicas de H.O. Detección de placa bacteriana	
50500	Sellantes de fosas y fisuras. Por pieza	
50600	Tartrectomía. Por arcada	
80100	Consulta de diagnóstico	
80200	Tratamiento de gingivitis por diente	
80400	Tratamiento de periodontitis. Por elemento dentario	
80500	Tratamiento quirúrgico. Por elemento dentario	



Círculo Odontológico de Paraná  
Desde 1929

ENTIDAD ADHERIDA A C.O.R.A  
ENTIDAD CON CONVENIO INTERINSTITUCIONAL

- Asociación Odontológica Argentina
- Círculo Argentino de Odontología
- Círculo Odontológico de Rosario
- Círculo Odontológico Santafesino
- Facultad de Odontología de Rosario
- Facultad de Odontología de la UBA

☎ (0343) 4318362 / 4231497 🏠 Corrientes 218 - 3100 Paraná E.R.  
✉ cop@coparana.com.ar 🌐 www.coparana.com.ar

90100	Radiografía periapical	
100105	Extracción dentaria	