



Buenos Aires, 01 de septiembre de 2022

Señor Prestador.

Ref.: Nuevo Convenio VISITAR – IMP ASSIST

De nuestra mayor consideración:

Me dirijo a usted en relación al convenio que nos vincula para las prestaciones médicas asistenciales de los beneficiarios de VISITAR SRL.

A propósito de ello resulta procedente comunicarle y solicitarle la atención de los beneficiarios del plan **AMBULATORIO** pertenecientes a **IMP ASSIST** cuyo gerenciamiento a partir del 01 de septiembre de 2022 estarán a nuestro cargo.

A continuación detallamos la modalidad operativa del mismo.

PLANES IMP ASSIST

- **Plan Senior.**
- **Plan Oro.**
- **Plan Platino/Empleados.**
- **Plan Black.**
- **Plan Ambar.**
- **Plan Ambar Verde.**
- **Plan Black 2.**
- **Plan Black Familias.**

MODALIDAD OPERATIVA

SOLICITUD DEL SERVICIO:

El requerimiento de uso del servicio por parte del USUARIO es ingresando a través de la PLATAFORMA de atención de IMP ASSIST, quien se comunicará telefónicamente con **EL PRESTADOR** a fin de coordinar la atención para dicha solicitud, dentro de los horarios de atención disponibles por parte **DEL PRESTADOR**.

Una vez concertado el lugar y la oportunidad a brindar el servicio por el profesional, IMP ASSIST enviará a la dirección de correo electrónico informada por **EL PRESTADOR**, un FORMULARIO conteniendo:

- Lugar de atención.
- Fecha y hora pactada para la atención.
- Práctica o consulta solicitada.
- Nombre, Apellido y DNI del USUARIO.
- El importe al momento de la concertación a cargo del USUARIO, figurará al pie de cada formulario; en los casos que no correspondiera importe a carga del USUARIO, figurará costo \$0,00 pesos.
- **Convenio SIN CREDENCIAL FÍSICA/DIGITAL. Excluyente el formulario emitido por IMP ASSIST para su atención.**

El USUARIO deberá concurrir al lugar de atención dispuesto por **EL PRESTADOR**, en la fecha y hora pactada (con una tolerancia de hasta 30 minutos), acreditándose con su DNI y abonando el importe a su cargo (si correspondiera).

Por último, IMP ASSIST se contactará con el centro 48 horas previas al turno coordinado para reconfirmar la asignación y tomar acciones necesarias a cualquier cambio suscitado.

En el caso que el USUARIO se ausente sin previo aviso, LA PRESTADORA notificará de inmediato la situación a IMP ASSIST y esta última se hará cargo del 100% del costo de la prestación concertada.

IMPORTANTE: La facturación de las prestaciones de los consumos de IMP ASSIST es a cargo de Visitar y a los valores convenidos a la fecha de atención; es importante que para el momento de la facturación se adjunten los formularios emitidos por IMP ASSIST a los mails informados oportunamente.

Formulario de autorización de consultas:



FORMULARIO DE ATENCIÓN

Número de Autorización

31884

Nombre y Apellido	LUISA NORMA BARRIOS
DNI	5172773
PLAN	Platino S
Institución Asignada	CENTRO MÉDICO LOMAS
Domicilio Institución	Hipolito Yrigoyen 9215, Lomas de Zamora
Especialidad	Turno médico Cardiología
Profesional	Dr. Soler
Fecha del Turno	02/09/2022
Horario del Turno	12:30
Observaciones	
Costo Consulta	850,00
A Pagar por Beneficiario	0,00

Imprimir

Formulario de autorización de prácticas:



FORMULARIO DE ATENCIÓN

Número de Autorización

32033

Nombre y Apellido	MARCELO HUGO MARCIAL
DNI	22238715
PLAN	PLAN AMBAR
Institución Asignada	DIAGNÓSTICO VYM
Domicilio Institución	Carlos Pellegrini 655, Burzaco
Especialidad	Chequeo médico general RX TORAX
Profesional	
Fecha del Turno	22/08/2022
Horario del Turno	16:20
Observaciones	EL MONTO TOTAL INCLUYE EL KIT DE BIOSEGURIDAD
Costo Consulta	1880,00
A Pagar por Beneficiario	940,00

Imprimir

[IMPORTANTE]: Visitar no gestiona ni participa en las autorizaciones emitidas por IMP ASSIST.

Contactos operativos de LA EMPRESA:

- Coordinación info@impassist.com.ar o al número (011) 5296-7678.