

ASOCIACIÓN DE CLÍNICAS Y SANATORIOS DE ENTRE RÍOS

Lic. Silvia D'Agostino

E. Carbó N° 245

Paraná – Entre Ríos

Referencia: Situación IOSPER – AEAAR.-

De nuestra mayor consideración:

Tal como es de conocimiento público, el vínculo entre el IOSPER y la AEAAR, se encuentra a pesar de varios intentos de celebrar acuerdo alguno, mantenido por una Medida Cautelar, con el aspecto sobresaliente de que dicha entidad representativa de los Médicos Anestesiólogos ha liberado a los mismos para suscribir convenios individuales.

En ese sentido, un número importante de profesionales de la especialidad han expresado su voluntad de concretar dicho vínculo. Por tal motivo adjunto para vuestro conocimiento plexo documental que se envía a dichos médicos.

También se ha cursado similar información al Ministerio de Salud de la Provincia; Federación Médica de Entre Ríos; Cámara de Clínicas y Sanatorios de Concordia; Fundación Sanidad Ejercito Argentino atento a la complementariedad asistencial existente como motivo de la complejidad de los servicios médico – asistencial.

Por lo tanto, agradeceremos toda acción por parte de esa entidad, a fin de que los afiliados del IOSPER puedan seguir recibiendo prestaciones oportunas, de calidad y con correcta accesibilidad.

Sin otro particular saludamos a Ud. con atenta y distinguida consideración.

RECIBIDO 3 SEP 2024
NOTA N° 0290
Asociación de Clínicas y Sanatorios
de la Provincia de Entre Ríos

Paraná, 11 de septiembre de 2024
Expte 326616-000/001


Gerente Administrativo
I.O.S.P.E.R


Dr. Yazda Osmar Mohamed
Gerente Prestacional
I.O.S.P.E.R

A LOS PROFESIONALES MEDICOS ANESTESIOLOGOS

Referencia: Convenio Individual

De nuestra mayor consideración:

Siendo conocido por todos la situación planteada entre el IOSPER y la AEAAR, la Obra Social cumpliendo con su obligación de brindar prestaciones oportunas, de calidad y accesibles a sus afiliados; ante la imposibilidad de acordar con la entidad que representa a los médicos anestesiólogos a pesar de los intentos efectuados en ese sentido, la manifestación por parte de la misma, de que los médicos especialistas podían celebrar convenios individuales, y la voluntad expresada al respecto por un número importante de médicos anestesiólogos, el IOSPER pone a disposición de dichos profesionales la posibilidad de suscribir los mismos.

En tal sentido a continuación se detallan los requisitos para llevar a cabo dicha acción:

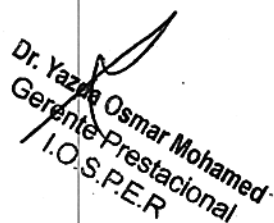
- Nota modelo que se adjunta manifestando voluntad de realizar convenio.
- Copia del Documento Nacional de Identidad.
- Certificado de especialidad acreditado por el Ministerio de Salud de la Provincia.
- Formulario Declaración Jurada para alta de prestador que se acompaña, con todos los datos completos, firmado y sellado (en original).
- Constancia de Inscripción de A.F.I.P. y A.T.E.R.
- Constancia de CBU Banco Bersa

De surgir la necesidad de más información podrán canalizarla a través de los siguientes contactos: 0343 – 4204550 / 4204589, correo electrónico dir.convenio@iosper.gov.ar, o personalmente de lunes a viernes de 7 a 13 hs en Dirección Control de Convenios IOSPER, Andrés Pazos 243 ciudad de Paraná.

Saludos cordiales.


C.P.N. Salvador Arnoldo G.
Gerente Administrativo
I.O.S.P.E.R.

Paraná, 11 de septiembre de 2024
Expte 326616-000/001


Dr. Yazza Osmar Mohamed
Gerente Prestacional
I.O.S.P.E.R.

....., de de 2024

Al Presidente IOSPER

Sr. Fernando Cañete

S ____ / ____ D

Por medio de la presente, me dirijo a Ud. a fines de solicitar tenga a bien evaluar la posibilidad de incorporarme como prestador de la Obra Social a través de convenio individual.

A la espera de una respuesta favorable, saludo con atenta consideración.

.....
Firma

.....
Nombre y Apellido

.....
Profesión

.....
Teléfono

.....
Domicilio - Localidad

.....
Correo electrónico
(no Hotmail – Outlook)

CUIT*		Número de documento*	Tipo de documento (marcar con una cruz)**
			☐ DNI ☐ LC ☐ LE

Nombres*	

Apellido*	Fecha de nacimiento*	Sexo (marcar con una cruz)**
		☐ F ☐ M

Estado Civil (marcar con una cruz)**	Nacionalidad*
☐ Casado/a ☐ Soltero/a ☐ Viudo/a ☐ Divorciado/a ☐ Separado/a ☐ Otro	

Datos Profesionales		Especialidades (sujeto acreditación, especialidad del Ministerio de Salud de E. R.)	
Profesión*		Fecha de Graduación	
Matrícula*		Fecha de Matriculación*	
Nro. de Póliza*		Empresa	
Mala Praxis		Especialidad 1	
		desde	
		Especialidad 2	
		desde	

Domicilio Comercial	
Localidad*	
Calle*	
Número	
Depto.	
Piso	
Manzana	
Tira	
Casa	
Km	
Cuerpo	
Torre	

Contacto Comercial	
Teléfono**	
Celular**	
Mail*	
El e-mail NO PUEDE SER una cuenta hotmail.com o sus variantes	

Convenios con IOSPER	
Convenio Nivel 1*	
Convenio Nivel 2	

Condición Fiscal AFIP (marcar con una cruz)	Condición Fiscal ATER (marcar con una cruz)
☐ R. Inscripto ☐ Monotributista ☐ Exento ☐ Cont. Social ☐ Ins. Ganancia	☐ P. Liberales ☐ R. General ☐ R. Simplificado ☐ Sello ☐ Multilateral.

Cuenta Bancaria	
CBU	
Banco	
Tipo de cuenta	

Firma Prestador

Firma Empleado IOSPER