ASOCIACION DE CLINICAS Y SANATORIOS DE ENTRE RIOS
ENRIQUE CARBO 245 - Parana (Entre Rios)

GERENCIADORA:
OBRA SOCIAL: ASSISTRAVEL

Mail: -Tel: 54-11-52638406

Vigencia: **Desde:** 01/06/2026
Credito Suspendido? No
Fecha de firma del convenio: 01/11/2016
Entidad firmante del convenio: ACLER
Tipo de convenio: CONVENIO PRESTACIONAL INTEGRAL

Prestador del 1er. Nivel:
Autorizaciones de 1er. Nivel: ASSISTRAVEL 0800 444 2774 - CORREO AUTORIZACIONES@ASSISTRAVEL.COM.AR
Autorizaciones de 2do. Nivel: ASSISTRAVEL 0800 444 2774 - CORREO AUTORIZACIONES@ASSISTRAVEL.COM.AR
Autorizaciones de 3er. Nivel: ASSISTRAVEL 0800 444 2774 - CORREO AUTORIZACIONES@ASSISTRAVEL.COM.AR

Observaciones Generales

MEDICAMENTOS A VALOR KAIROS

MEDICAMENTOS Y DESCARTABLES EN GUARDIA FACTURAR A ASSISTRAVE

LOS PACIENTES SERAN PERSONAS QUE ESTARAN EN TRANSITO (NO BRINDAMOS COBERTURA PARA RESIDENTES) Y EN CASO DE QUE UN PACIENTE NECESITE DE UNA ATENCION DE EMERGENCIA MEDICA SE COMUNICARA A LA CENTRAL 24HS DE ASSISTRAVEL PARA REQUERIR ATENCION MEDICA (TEL: 0800 444 2774 EMAIL: AUTORIZACIONES@ASSISTRAVEL.COM.AR).

LA CENTRAL 24HS DE ASSISTRAVEL LUEGO DE VERIFICAR QUE EL PACIENTE TIENE COBERTURA SE COMUNICARA CON LA CLINICA Y LES ENVIARA UNA CARTA DE AUTORIZACION MEDIANTE FAX O EMAIL CON LOS DATOS DEL PACIENTE Y SUS SINTOMAS.
LA PRIMER ATENCION ESTA SIEMPRE CUBIERTA
INTERCONSULTAS O CONSULTAS CON ESPECIALISTAS INFORMAR A LA CENTRAL 24HS ASSISTRAVEL Y REQUERIR DE UNA NUEVA AUTORIZACION, NO SE CUBRIRAN SERVICIOS PRESTADOS QUE NO

FUERAN PREVIAMENTE AUTORIZADOS POR LA CENTRAL 24HS.

EN CASO DE URGENCIAS EL PACIENTE O FAMILIAR
FIRMARA UN COMPROMISO DE PAGO HASTA TANTO ENTREGUE LA AUTO-
RIZACION Y/U ORDEN CORRESPONDIENTE.

Practicas Incluidas 2do.Nivel

TODAS SEGUN P.M.O.E.
NOS DE 48 HS. EN CASO DE URGENCIAS EL PACIENTE O FAMILIAR
FIRMARA UN COMPROMISO DE PAGO HASTA TANTO ENTREGUE LA AUTO-
RIZACION Y/U ORDEN CORRESPONDIENTE.

Aranceles Acordados	**Valor**
HONORARIOS ESPECIALISTA	$2591.54
HONORARIOS AYUDANTE	$2591.54
HONORARIOS ANESTESISTA	$0.00
GASTO QUIRURGICO	$5183.23
GASTOS RX	$1381.46
GASTOS BIOQUIMICOS	$1296.08
OTROS GASTOS	$794.23
UNIDAD DE PENSION	$5183.23
UNIDADES HONORARIO PRACTICA	$937.04
UNIDADES HONORARIO BIOQUIMICO	$1871.83
HONORARIOS TOMOGRAFIA	$172.72
GASTOS TOMOGRAFIA	$232.56
HONO. ATENCION RECIEN NACIDO	$0.00
HONORARIOS T.RADIANTE	$0.00
GASTOS T.RADIANTE	$0.00
UNIDAD HONORARIO MODULADO	$0.00
UNIDAD GASTO MODULADO	$0.00
UNIDAD GASTO PRACTICA	$0.00
UNIDAD NBU	$2109.08
GASTO QUIRURGICO AOTER	$0.00
GASTO QUIRURGICO AECI	$0.00
HONORARIOS ESP.SOGER	$0.00
HONORARIOS AYUDANTE SOGER	$0.00
UNIDADES HONORARIOS PGE	$0.00
UNIDADES GASTOS PGE	$0.00
UNIDADES AYUDANTES PGE	$0.00

Codigo	**Modulos Incluidos**	**$ Gasto**	**$ Honor.**
320104	ATENCION DEL RECIEN NACIDO		0.0000
190523.00			
400101	UTI POR DIA	0	0.00
	NIVEL II	630727.00	
	NIVEL I	764109.00	
410101	MODULO DIA CUIDADOS ESPECIALES	0	0.00
	CATEGORIA 4	534913.00	
	CATEGORIA 5	534913.00	
	CATEGORIA 6	534913.00	
	CATEGORIA 7	534913.00	
	----UTI I: NEO PESO MENOS 1500KG PACIENTE CON ARM		
	----PACIENTE INESTABLE CON DROGAS INOTROPICA		
410103	UTI BAJO COMPLEJIDAD		382094.0000
0.00			

--TRATAMIENTO CON LUMINOTERAPIA
--RECUPERACION NUTRICIONAL
--PESO MAYO 1800KG
430102 INTERNACION EN GUARDIA HASTA 6 HS 108316.0000
0.00

Practicas Incluidas		$ Valor
420101	CONSULTA MEDICA	57235.00
420301	"ATENCION MEDICA EN INTERNACION CLINICA,POR DIA DE	57235.00
420303	INTERCONSULTA ESPECIALIZADA EN INTERNACION	57235.00
426008	CONSULTA DE GUARDIA	57235.00

Practicas Ambulatorias
NO TIENE REGISTRADAS

Otras cuestiones convenidas Valor Aclaracion

Observaciones de los modulos:

400101 UTI:
INCLUYE LOS CODIGOS 431002-400101.
EXCLUYE LA ASISTENCIA RESPIRATORIA MECANICA.

430102:
INCLUYE: ATENCI..N MEDICA Y DE ENFERMERIA
EXCLUYE: MEDICAMENTOS, DESCARTABLES Y ESTUDIOS COMPLEMENTARI

410103 UTI BAJA COMPLEJIDAD: TRATAMIENTO CON LUMINOTERAPIA
RECUPERACION NUTRICIONAL
PESO MAYOR 1800KG

410101 UTI CUIDADOS INTERMEDIOS: PACIENTE CON CIPAP/
VENOCLISIS-ANTIBIOTICOS
PESO ENTRE 1500 Y 1800 KG

400101 UTI I: NEO PESO MENOS 1500KG PACIENTE CON ARM
PACIENTE INESTABLE CON DROGAS INOTROPICAS.

Observaciones sobre Medicacion Catastrofe:

LA MEDICACION CATASTROFE REQUIERE AUTORIZACION DE LA OBRA SOCIAL.

DETALLE DE MEDICACION CATASTROFE
1. ADHESIVOS TISULARES QUIR.RGICOS: BERIPLAST P COMBI SET.

TISSUCOL KIT. BIO GLUE.
2. APROTININA. FIBRIN.GENO HUMANO LIOFILIZADO
3. ALB.MINA HUMANA
4. ALIMENTACI.N ENTERAL Y PARENTERAL.
5. ANTIHEM.TICOS: ONDANSETR.N.
6. ANTIHEMORR.GICOS: ANTIHEMOF.LICOS. FACTORES DE LA COAGULACI.N.
7. ANTIMIC.TICOS SIST.MICOS: 5-FLUOROCITOCINA. ANFOTERINCINAB. CASPOFUNGIN. VORICONAZOL.
8. ANTIBI.TICOS: CARBAPENEM: (ERTAPENEM. IMIPENEM. IMIPENEM + CILASTATINA. MEROPENEM. ZEROPENEM). GLICOP.PTIDOS: (TEICOPLAMINA). FLUOROQUINOLONAS. LINEZOLID. PENICILINAS DE RESERVA (PIPERACILINA. PIPERACILINA CON TAZOBACTAM). COLISTINA. TETRACICLINAS. TIGECICLINA.
9. ANTITROMB.TICOS Y TROMBOL.TICOS: ACTYLISE. ANTITROMBINA. APROTININA. DROTRECOGINA. ESTREPTOQUINASA.
10. ANTIVIRALES: ACICLOVIR. FOSCARNET. GANCICLOVIR. VALACICLOVIR.
11. ANTICUERPOS MONO O POLICLONALES. CITOST.TICOS. INMUNOMODULADORES. INMUNOSUPRESORES DE USO EN ONCOLOG.A.
12. BIFOSFONATO: PAMIDRONATO. ACIDO ZOLEDR.NICO.
13. CEFALOSPORINAS DE 3ERA.. 4TA. Y 5TA. GENERACI.N
14. EXPANSORES PLASM.TICOS. (DEXTR.N. GELAFUND.N. HAEMACCEL. VOLUVEN).
15. FACTOR DE CRECIMIENTO HEMAPOYETICO: ESTIMULADORES DE LA ERITROPOYESIS (HEMAX 2000. RECORM.N 2000. ETC.) SE ENCUENTRAN INCLUIDOS EN AQUELLOS PACIENTES EN DI.LISIS. CR.NICA. ESTIMULANTE DE COLONIAS DE GRANULOCITOS (FILGASTRIM. LEUCOMAX. NEUPOGEN. ETC.)
16. HORMONAS: DESMOPRESINA. GONADOTROFINA. GLUCAG.N. SOMATOSTATINAS NATURALES. SINT.TICAS Y AN.LOGOS. TERLIPRESINA.
17. INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES (AMPOLLAS).
18. INMUNOESTIMULANTES E INMUNOSUPRESORES EN PATOLOG.A NO ONCOL.GICA.
19. INMUNOGLOBULINAS COMUNES Y ESPEC.FICAS.
20. INOTR.PICOS Y ESTIMULANTES CARDIOL.GICOS : AMRINONA. LEVOSIMEND.N. MILRINONA.
21. INTERFER.N.
22. LINFOGLOBULINAS ANTILINFOCITARIAS.
23. METILPREDNISOLONA. AMPOLLAS)
24. OPI.CEOS (METADONA. MEPERIDINA. MORFINA).
25. PROSTAGLANDINAS.
26. RELAJANTES MUSCULARES. DANTROLENE. TOXINA BOTUL.NICA
27. SURFACTANTE PULMONAR.
28. VACUNAS. EXCEPTO LAS INCLUIDAS EN LOS M.DULOS DE NACIMIENTO.
29. DURATOCIN AMP. X 5

Donde: ASSISTRAVEL
Cuando: AL MOMENTO DE PRODUCIRSE LA INTERNACION
PRESENTACION DE FICHAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS
Donde: ACLER
Cuando: A LAS 48HS. DEL ALTA DEL PACIENTE
PRESENTACION FACTURACION
Donde: ACLER
Cuando: DEL 1 AL 3 DEL MES SIGUIENTE A LA PRESTACION
PRESENTACION FACTURACION FINAL
Donde: ASSISTRAVEL
Cuando:

Nombre de la Cta. Cte.	Nro de cuenta	Integradora?
INT. II NIVEL	1036/01	No
AMBULATORIO	1036/02	No

Entidades Firmantes