

## **Convenio ASSIST DENT GROUP S.A.**

1. **PRÁCTICAS CUBIERTAS:** Cubre las prácticas detalladas en el cuadro de Cobertura.

- Se establece un límite de prestaciones: 2 (dos) códigos mensuales por afiliado.
- Si el afiliado requiere realizar más códigos dentro del mes, el profesional deberá cobrarle de forma particular el excedente a los 2 (dos) códigos cubiertos.

2. **ARANCELES:** Prácticas Cubiertas, de acuerdo al Plan, según arancel adjunto. Las prácticas no incluidas en cada plan, las cobra directamente el profesional. Kit de bioseguridad COVID-19: no integra la cobertura, quedando a cargo del afiliado.

3. **AUTORIZACIONES:** Pueden ser solicitadas tanto por el profesional como por el beneficiario.

Las prácticas que requieren autorización se especifican en el arancel adjunto y se solicitan enviando una orden completa (que incluya datos del afiliado, tratamiento indicado, fecha, firma y sello) por correo electrónico a [autorizaciones@assistdentgroup.com](mailto:autorizaciones@assistdentgroup.com).

Con respecto a las prácticas con carencia (prótesis, implantes, ortodoncia y blanqueamientos), deberá solicitar la autorización en forma previa enviando la documentación detallada en el Anexo 'Autorizaciones' a dicho mail.

La autorización se solicita antes de realizar dichas prácticas. Desde Assist Dent Group responderemos con la autorización correspondiente, la cual **deberá ser firmada por el paciente en el momento de realizar la práctica.**

No se autorizan cobros por material descartable o Coseguros.

4. **FACTURACIÓN:** **Requiere la presentación de la planilla resumen**, de las fichas odontológicas completas (con los códigos realizados, la fecha -día y mes- de cada práctica realizada, el número de validación) a facturar durante el periodo que corresponda y las Rx o autorizaciones (según el caso) que avalen dichas prácticas. Cada prestación debe estar detallada y avalada por la firma del asociado.

5. **REFACTURACIÓN:** Las prestaciones debitadas podrán refacturarse dentro de los **60 días** de haber sido informadas. **NO podrán refacturarse códigos debitados por exceder la cantidad admitida de 2 mensuales.**

**6. ACREDITACIÓN:** El beneficiario deberá pedir turno y/o presentarse con documento de identidad. La validación del mismo se realiza a través del link:

<https://www.assistdentgroup.com/prestadores-inicio/>

<http://200.61.163.1:7777/> VALIDACIÓN DE PACIENTES

- Accederá con su **número de prestador** (que deberá colocar tanto en **USUARIO** como en **CONTRASEÑA**).
- Allí deberá ingresar el **DNI del paciente**, para validar on-line tanto el Plan al que está adherido como su condición de activo o inactivo en tiempo real.
- Deberá confirmar que el **afiliado esté activo** en cada concurrencia al consultorio para poder brindarle las prestaciones.

En la sección **Afiliados - Validar**, coloca sólo el **DNI del socio** (es también su número de afiliado). Podrá observar su plan y estado en tiempo real:

Estados:

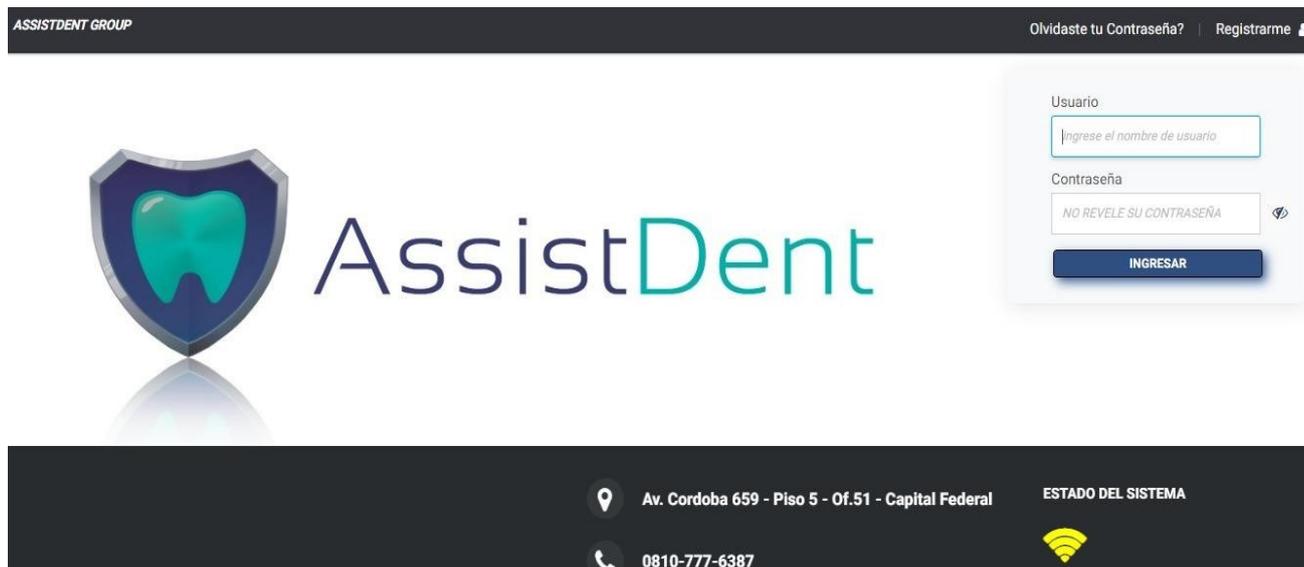
- 1) **Activo** - puede realizar todas las prestaciones incluidas en su plan.
- 2) **Activo con servicio limitado** - puede acceder sólo a consulta de urgencia. Se encuentra moroso y debe regularizar su situación.
- 3) **Inactivo** - se encuentra dado de baja.

**\*Recuerde colocar el número de transacción obtenido en cada validación, en la ficha.**

## **7. METODO DE VALIDACION:**

- 1) Al aceptar brindar su servicio a los afiliados de nuestra cobertura, a través de la Federación Odontológica de Río Negro, se le otorga a cada profesional un código de prestador.

2) Colocar el código de prestador como USUARIO y CONTRASEÑA en el siguiente link <http://200.61.163.1:7777/>



ASSISTDENT GROUP Olvidaste tu Contraseña? | Registrarme



# AssistDent

Usuario

Contraseña

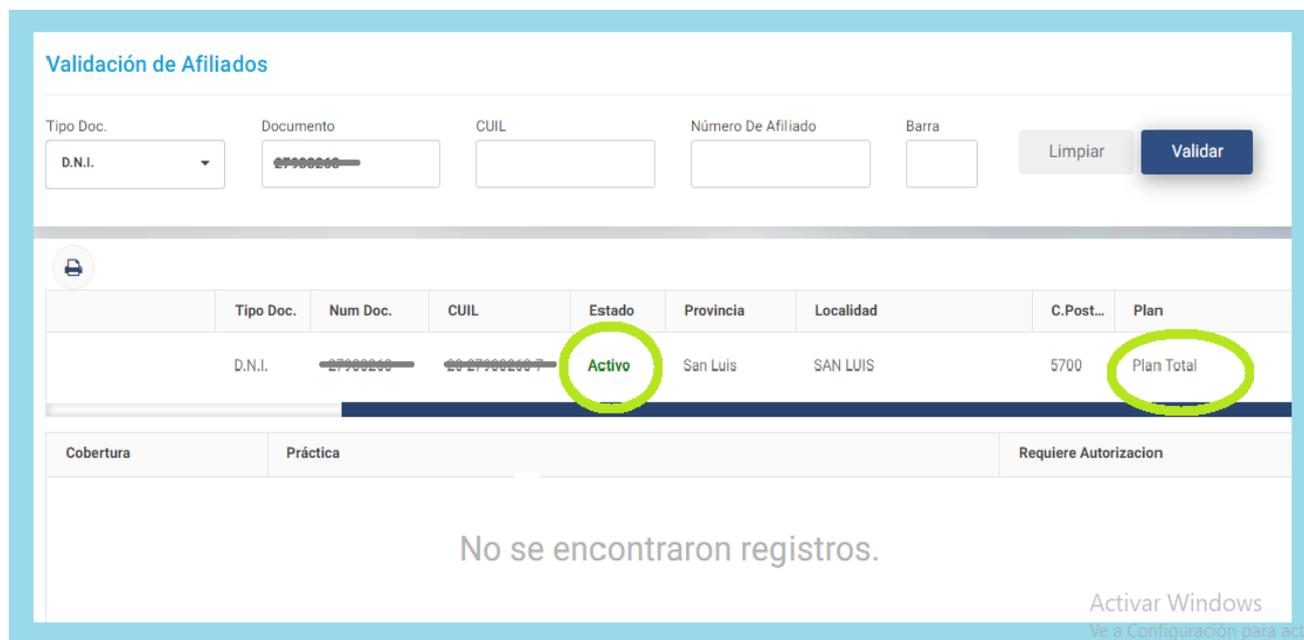
**INGRESAR**

Av. Cordoba 659 - Piso 5 - Of.51 - Capital Federal ESTADO DEL SISTEMA  
0810-777-6387 

3) Encontrará en el menú, a la izquierda de la pantalla la opción **Afiliados**, ingrese a **Validar**.

4) Seleccionar el **Tipo de Doc.: DNI** e ingrese el **número de DNI del afiliado**, luego haga clic en **Validar**.

Le permitirá constatar su estado y plan, antes de cada consulta (en tiempo real).



**Validación de Afiliados**

Tipo Doc. D.N.I.	Documento 27700210	CUIL	Número De Afiliado	Barra	Limpiar	Validar
---------------------	-----------------------	------	--------------------	-------	---------	---------

Tipo Doc.	Num Doc.	CUIL	Estado	Provincia	Localidad	C.Post...	Plan
D.N.I.	27700210	277002107	Activo	San Luis	SAN LUIS	5700	Plan Total

Cobertura	Práctica	Requiere Autorizacion
-----------	----------	-----------------------

No se encontraron registros.

Activar Windows  
Ve a Configuración para activar

Si llegara a aparecer, en el momento de validar al afiliado, la leyenda **“SERVICIO LIMITADO”** tenga en cuenta que sólo podrá realizar consulta de Urgencia.

Al no ser motivo de urgencia la consulta, por favor indicarle al paciente que se comunique con nosotros (0810-777-6387/ 5263-5146/ 11-5704-2890 WhatsApp) así le explicamos el motivo dedicho estado.

Le recomendamos colocar en la planilla de rendición de consultas, en la ficha o en el documento donde presente la facturación correspondiente, el **código de Transacción** de cada validación

Cualquier duda que tenga respecto a las Normas de trabajo, método de facturación; puede contactarse con la **Federación Odontológica de Río Negro**.

**Validación de Afiliados**

Tipo Doc. Documento CUIL Número De Afiliado Barra

D.N.I. 29 [redacted] [ ] [ ] [ ]

Limpiar Validar

Transacción	Apellido y nombres	Tipo Doc.	Num Doc.	CUIL	Estado	Provincia	Localidad
2115	DIEGO FER [redacted]	D.N.I.	29 [redacted]	20-29 [redacted]	Activo	Buenos Aires	FLORENCIO V.

Cobertura	Práctica	Requiere Autorizacion
SERVICIO LIMITADO	Consulta de urgencia diurna en consultorio [01.04]	NO

En cuanto a validación de afiliados podrá contactarnos a través del mail [prestadores@assistdentgroup.com](mailto:prestadores@assistdentgroup.com) o al 11-2298-1478 (llamadas o WhatsApp), de lunes a viernes de 09 a 18 hs.

## **Convenio ASSIST DENT GROUP S.A.**

### **Normas de Trabajo**

Recomendamos especialmente el correcto llenado de la ficha odontológica (plan y número de socio, apellido, nombre y DNI, fecha de nacimiento, día y mes de la prestación, etc.). También debe respetarse el siguiente código para la confección del odontograma: **cruz roja** en las piezas faltantes, **círculo rojo** en las coronas y demás prácticas realizadas (en color rojo). Las a realizar deberán identificarse en color **azul** (extracciones líneas paralelas, no erupcionadas cruz, etc.).

Esta ficha (con el plan de tratamiento) se remite en la facturación y las prácticas realizadas se informan en la "planilla resumen mensual de prestaciones" (la cual debe contener: N° de transacción obtenido al validar online al socio, fecha, N° de DNI, apellido y nombre, código de prestación, pieza, cara –de ser necesario-, firma del socio).

#### **CAPITULO I - CONSULTAS.**

##### **01.01 Consulta. Diagnóstico, fichado y plan de tratamiento.**

Se considera primera consulta al examen, diagnóstico, fichado y plan de tratamiento.

El fichado deberá reflejar el estado de la boca previo al tratamiento y dejar asentada la cantidad

Se autoriza una vez cada doce (12) meses.

No lo podrá facturar el especialista a quien se derive determinada práctica.

##### **01.04 Consulta de urgencia.**

Prestaciones que no constituyan paso intermedio y/o final de tratamiento.

Abarca aperturas, drenajes, cementado de puentes y coronas que no requieran restauración protética, medicación, tratamiento de pericoronaritis, alveolitis, hemorragias, exodoncia.

Deberá indicar el motivo/ diagnóstico que dio origen a dicha prestación.

**De ser por la misma pieza, se reconocerá un código 01.04 cada tres meses.**

#### **CAPITULO II - OPERATORIA DENTAL.**

**Norma General:** No se podrá facturar la extracción de una pieza hasta transcurrida la duración mínima establecida para cada código. Se podrá facturar sólo un código por pieza. Se establece una duración mínima de dos (2) años por cara tratada. Una nueva caries en otra cara podrá facturarse después de transcurrido un año.

##### **02.02 Restauraciones. Cualquier tipo. Simples.**

##### **02.15 Restauraciones. Cualquier tipo. Compuestas o complejas.**

---

#### **CAPITULO III - ENDODONCIA.**

- **Requieren solicitar autorización antes de realizar alguno de ellos.**
- A fines de reconocer un tratamiento de endodoncia debe visualizarse en la Rx post operatoria que el material radiopaco de obturación llegue al límite cemento dentinario, a un milímetro del extremo anatómico del diente.
- Toda obturación que sobrepase con material no reabsorbible éste límite se considerará contraindicada, quedando la Obra Social facultada a solicitar al prestador el fundamento del mismo al sólo efecto de su reconocimiento.

Enviar **autorización** a [autorizaciones@assistdentgroup.com](mailto:autorizaciones@assistdentgroup.com)

- ✓ Ficha completa
- ✓ Pedido con los datos del afiliado (nombre, apellido, Nº de socio – es su DNI -, plan), código a realizar, pieza dentaria a tratar, fecha, firma y sello del profesional

### 03.01 Tratamiento de un solo conducto.

### 03.02 Tratamiento de dos o más conductos.

Se reconoce un código por pieza cada dos años, si lo factura el mismo profesional.

Para el reconocimiento de éstos tratamientos se requieren Rx pre y post operatorias. El valor de las Rx se encuentra incluido en el arancel del código.

### 03.05 Biopulpectomía parcial.

Se requieren Rx pre y post operatorias, incluidas en el arancel del código.

Se reconoce en pacientes de **hasta quince años y no se reconocerá otra práctica endodóntica con su restauración coronaria hasta un año después** de efectuada la misma, si es realizada por el mismo profesional.

### 03.06 Necropulpectomía parcial.

Se requieren Rx pre y post operatorias, incluidas en el arancel del código, y sólo en posteriores permanentes.

No se reconocerá otra práctica endodóntica con su restauración coronaria hasta un año después de efectuada la misma, si es realizada por el mismo profesional.

## CAPÍTULO IV - PRÓTESIS

**Todas las prácticas requieren solicitar autorización, antes de ser realizadas.**

### PLAN TOTAL/PREMIUM:

1. **Fijas:** Perno metálico o corona deacrílico biolón. **(GARANTIA 5 AÑOS)**
2. **Removibles:** Parcial o completa deacrílico - superior o inferior. **(GARANTIA 3 AÑOS)**

- **Reparaciones de consultorio:** una (1) por afiliado cada 12 meses. **(GARANTIA 3 AÑOS)**
- **Cobertura:** **una práctica (ítem 1,2 o 3) cada 12 meses por afiliado.**

---

\*Las prótesis inmediatas no integran la cobertura.

## CAPITULO V. ODONTOLOGIA PREVENTIVA

05.01 Tartrectomía y cepillado mecánico.

**NO CUBIERTO**

05.02 Consulta preventiva periódica para menores. Topicación con flúor.

**NO CUBIERTO**

05.03 Selladores de puntos y fisuras.

**NO CUBIERTO**

## CAPITULO VII - ODONTOPEDIATRIA.

07.01 Consulta, fichado y motivación.

Incluye fichado y hasta tres consultas de motivación en pacientes de hasta trece (13) años de edad. Se reconocerá una única vez por profesional.

07.04 Tratamiento de dientes primarios con formocresol.

Se reconocerá en pacientes hasta 8 años de edad (inclusive) por única vez con Rx pre y post- operatoria incluidas en el arancel, cuando la pieza tratada no se encuentre en período de exfoliación normal.

**Dicha prestación tiene una garantía de 24 meses.**

- **07.02** – Pacientes hasta 8 años de edad (inclusive). **Requiere solicitar autorización previa.**
- **07.05** – Pacientes hasta 13 años de edad (inclusive). **Requiere solicitar autorización previa.**

## CAPITULO VIII - PERIODONCIA.

**Prácticas cubiertas a partir de los 18 años.**

08.01 Consulta de estudio. Diagnóstico y pronóstico.

Incluye la confección de una ficha periodontal completa e incluye el 0101.

08.02 Tratamiento de Gingivitis marginal crónico

**NO CUBIERTO**

08.03 Tratamiento de periodontitis destructiva leve o moderada.

Bolsas de hasta cinco mm. Se aceptan seis sectores en la boca. Se requiere ficha periodontal completa, Rx preoperatoria de cada sector (se factura aparte) y cada veinticuatro meses.

08.04 Tratamiento de periodontitis destructiva severa.

Bolsas de seis mm o más. Se aceptan seis sectores en la boca.

Se requiere ficha periodontal completa, Rx preoperatoria de cada sector (se factura aparte) y cada veinticuatro meses.

## CAPITULO IX - RADIOLOGIA

**Norma General:** Las Rx deben presentarse en sobre adecuado a su tamaño, con el nombre, apellido y número de afiliado del paciente, y datos del prestador, más el informe respectivo.

La Rx debe tener una correcta angulación, definición, centrado, contraste, revelado y fijado, para posibilitar su correcta interpretación. De no cumplir éstas pautas, será causa suficiente para no reconocer la práctica o ser devuelta para su cumplimentación.

09.01.01 Radiografía periapical.

09.01.03 Radiografía oclusal

**NO CUBIERTO**

09.01.04 Radiografía media seriada (7 películas)

**NO CUBIERTO**

09.01.05 Radiografía seriada (14 películas)

**NO CUBIERTO**

09.02.04 Panorámicas: **sólo pueden realizarlas al tener emitida la autorización correspondiente.**

- La cobertura abarca una **radiografía panorámica cada 12 meses por afiliado** (carencia 3 meses en la cobertura, abonando en tiempo y forma).
- **En mujeres embarazadas** se exigirá el certificado del obstetra autorizando la prestación para emitir la autorización correspondiente.

09.05.00 Radiografía panorámica.

**CUBIERTO. CON AUTORIZACIÓN**

El odontólogo que la facture no necesita presentarla con la facturación, ya que queda en su poder.

Al facturar debe adjuntarse la derivación o pedido e indicar el diagnóstico presuntivo.

**REFACTURACIÓN:** Las prestaciones debidas podrán re facturarse dentro de los n de haber sido informadas.

**No podrán re facturarse códigos debitados por exceder la cantidad admitida de 2 mensuales.**

## CAPITULO X - CIRUGIA.

Para las prácticas de éste capítulo, la auditoría podrá solicitar la documentación que estime necesaria (ficha dental, Rx, etc.) que justifiquen la realización de la práctica. La falta de presentación de dicha documentación la facultará a no reconocer la prestación efectuada.

---

10.01 Extracción dentaria simple

No se reconocerá si en los 24 meses anteriores, el mismo profesional realizó en la misma pieza alguna práctica del Capítulo II y, 60 meses si fuese del Capítulo III.

Aclaración: no se abonará en dientes temporarios, en período de exfoliación. Ante cualquier duda enviar Rx pre para autorizar.

**10.02 Plástica de comunicación buco sinusal.**

Como riesgo previsto simultáneamente a la extracción. Debe acompañarse con Rx periapical respaldatoria.

**10.03 Biopsia por punción o aspiración.**

No incluye estudio anatomopatológico. Se reconocerá adjuntando historia clínica y resultado de laboratorio de análisis. **Requieren solicitar autorización previa.**

**10.06 Incisión y drenaje de abscesos por vía intrabucal.**

Se deberá consignar motivo de la prestación, pieza o piezas dentarias responsables que permitan una correcta evaluación. No puede facturarse asociada a otra práctica (01.04 – 03.01 – 03.02 – 10.01).

**10.09.02 Extracción de piezas con retención ósea.**

Se debe presentar Rx pre y post operatoria, que se facturan por separado.

**MOTIVOS DE DEBITO:**

- Sobrefacturación (Afiliado que supere la cantidad de prestaciones/códigos mensuales).
- Las firmas excedentes de los afiliados anularán la ficha de manera completa.
- Datos incorrectos o faltantes en la ficha odontológica y/o en la planilla de resumen de prestaciones
- mensuales (Nº de transacción obtenido en la validación, nombre y apellido completo del paciente, Nº de documento, fecha de nacimiento, fecha de prestación, códigos, piezas y caras cuando corresponda, al realizar 01.01 no dejar asentada la cantidad de piezas existentes).
- Falta de sello y/o firma del profesional y del afiliado.
- Falta de documentación respaldatoria (fichas, planillas, radiografías periapicales o su mala visualización, ficha periodontal).