



## **COBERTURA ODONTOLÓGICA ORTODONCIA**

### ***NORMAS DE ATENCIÓN Y PROCEDIMIENTO***

**En 24 cuotas**

**Vigencia a partir del 01/07/2023**

#### **COBERTURA**

---

##### **Planes**

---

<b>220</b> Una amplia cobertura	<b>330</b> Cartilla de primer nivel	<b>440</b> Para clientes exigentes	<b>550</b> El Plan médico superior	<b>18-25</b> La generación que se viene
------------------------------------	--	---------------------------------------	---------------------------------------	--

##### **Planes con cobertura Galeno - Estudios relacionados con Ortodoncia**

Todos los planes Oro, Plata, Azul y Blanco con PMO a cargo de Galeno **cobertura de 5 a 8 años inclusive.**

Los planes Azul 220, Plata 330, Oro 440 y 550 tienen **cobertura de 8 a 25 años.**

Los planes Galeno Azul 200, Plata 250 y 300, Oro 400, 410, 420 y 430 tienen **cobertura de 8 a 17 años.**

##### **Planes Corporativos**

- Planes de **GALENO Oro y Plata** pertenecientes a IBM; Adecco Specialities, Infoprint Sol Company, **cobertura hasta 14 años inclusive.**
- Planes de **GALENO Plata OSPE-YPF** tienen **cobertura de 8 a 17 años**
- Planes de **GALENO Oro y Plata** pertenecientes a Banco Galicia (BG2, BG3, BG4 y BG5), **cobertura sin límite de edad.**
- Planes de **GALENO Oro y Plata** pertenecientes a Banco ICBC (ICBC1, ICBC2, ICBC3 e ICBC4), **cobertura sin límite de edad.**
- Planes de **GALENO Oro y Plata** pertenecientes a Banco Macro (BM2 Y BM3), **cobertura sin límite de edad.**
- Planes de **GALENO Oro** pertenecientes a Lenovo: **cobertura sin límite de edad.**



## Alcance

---

- La cobertura de ortodoncia se brinda exclusivamente en prestadores de cartilla habilitados para la especialidad.
- Se reconocerá un solo tratamiento por cada paciente y hasta la edad establecida. Incluye las consultas y toda la aparatología necesaria hasta el alta del paciente.
- Por cada tratamiento se reconoce por cada año del mismo: Radiografía Panorámica, Telerradiografía, hasta dos estudios cefalométricos y cinco fotos.
- En caso de abandonar o suspender el tratamiento, deberá notificarse a Auditoría Odontológica, indicando las causas. Dos faltas consecutivas o cinco faltas dentro del año, se considera abandono de tratamiento, perdiendo el asociado los beneficios de la cobertura.
- La reposición de aparatos rotos o perdidos, elementos despegados, coronas, bandas, Brackets estéticos o re-cementado de ellos, etc., serán exclusivamente a cargo del asociado.
- Los tratamientos de ATM no poseen cobertura en ninguno de los planes.
- Los tratamientos de patologías congénitas que requieren de cirugías ortognáticas no poseen cobertura
- La disyunción, myobrace y aparatología extra-oral no tienen cobertura.
- **Galeno solo cubre un tratamiento por asociado por lo que en el caso de que el mismo tenga efectuado un tratamiento con aparatología removible a cargo de Galeno solo se cubrirá un código 0605 (fija pos removible) y la diferencia se encuentra a cargo del socio (\$142.844,64).**

## CONDICIONES Y GARANTIAS

---

1. El asociado concurrirá a los profesionales especialmente habilitados para éste sistema, quienes confeccionarán el **FORMULARIO DE AUTORIZACION DE ORTODONCIA** donde se detallará Diagnóstico, Pronóstico, Duración del tratamiento, Aparatología, informe de estudios, tipo de tratamiento a realizar y se debe indicar el código e importe a facturar a **GALENO ARGENTINA S.A.** El mismo será remitido para la validación de la cobertura del paciente vía mail a [AnaMaria.Hudema@galeno.com.ar](mailto:AnaMaria.Hudema@galeno.com.ar) o [CristinaLiliana.Menzica@galeno.com.ar](mailto:CristinaLiliana.Menzica@galeno.com.ar).

El correo electrónico debe contener: *Ficha de Ortodoncia* y en el “asunto” deberá colocar la leyenda **“AUTORIZACION ORTODONCIA GALENO- NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE”**.



## 2. AUTORIZACION

Una vez recibida la re-validación de la cobertura, se remitirá el resultado de dicha condición, vía correo electrónico al profesional solicitante. A su vez se le solicitará que envíen a **GALENO ARGENTINA** por el mismo medio:

- **Estudios radiológicos: Panorámica, Telerradiografía y Cefalograma Fisiológico.**
  - **Odontograma completo con el alta básica del paciente. El paciente no debe presentar patologías de caries y debe poseer la destreza suficiente para asegurar la higiene bucal.**
  - **Fotos**
3. En caso que corresponda, el Odontólogo informará por escrito al asociado el importe a abonar en forma directa de aquella parte del tratamiento que exceda la cobertura según su plan (diferentes tipos de composturas, pérdida de aparatología, material estético, etc.).
  4. Las Autorizaciones de Tratamientos en todos sus casos tienen una validez de 45 (cuarenta y cinco) días para iniciar el tratamiento, desde la fecha de su autorización. El profesional deberá informar a **GALENO ARGENTINA S.A.** en el caso de que el asociado no se haya presentado para iniciar el tratamiento al haber transcurrido los 45 (cuarenta y cinco) días.
  5. En el caso que: A) No se dé inicio al tratamiento dentro de los 45 días de recibida la autorización, B) dos meses consecutivos de inasistencia a los controles C) 5 (Cinco) ausencias en un año a los controles. Inducirán a la pérdida de los derechos otorgados considerando un abandono de tratamiento, deslindando responsabilidad a Galeno Argentina y al profesional actuante. El profesional deberá comunicarlo a Galeno Argentina S.A por escrito.

## FACTURACION

El profesional facturará una prestación por mes efectiva que realice, aquellos códigos y valores detallados en la **AUTORIZACION** que recibe de **GALENO ARGENTINA S.A.** Esta facturación quedará sujeta a auditoria y a las normativas y criterios de **GALENO ARGENTINA S.A.**

## LIQUIDACION

Para confeccionar la autorización se debe considerar la modalidad de pago detallando el número de cuota y código de tratamiento según se detalla en la tabla adjunta para cada tipo.



- Se utilizará la Ficha de Prestaciones. La misma deberá acompañarse por la autorización emitida por GALENO
- Todas las cuotas o tratamientos deben acompañarse por el consentimiento firmado del paciente o adulto responsable.
- El tratamiento será facturado en 25 cuotas: una cuota inicial, y 24 cuotas consecutivas.
- Los copagos deben ser abonados por el socio al prestador, haciéndose cargo Galeno de la diferencia del costo de la prestación.
- La cuota final debe acompañarse por los estudios finales y con radiografía panorámica con la placa de contención en boca.
- La contención se factura con el mismo código aclarando si es maxilar superior o inferior y se abona en una cuota. No tiene copago en ninguno de los planes.
- Los **micro - implantes**, en caso de requerirse no tienen cobertura.



## VALORES

Se adjunta cuadro de valores por tipo de tratamiento.

Los valores pueden modificarse en función a la cobertura del plan del asociado.

CODIGO	DETALLE	Total	Inicial	Cantidad de cuotas	Valor de Cuota
06.01	Consulta Ortodoncia	\$7.538,79	\$ 7.538,79	-	-
06.02	Ortodoncia Removable	\$ 188.630,75	\$75.392,33	24	\$4.718,27
06.03	Ortodoncia Fija	\$ 235.718,83	\$ 94.267,07	24	\$ 5.893,82
06.04	Mal Posiciones Simples	\$ 65.494,08	\$ 26.199,24	2 cuotas	\$ 19.647,42
06.05	Fija post 06.02	\$ 92.874,19	\$ 37.830,39	24 cuotas	\$ 2.293,52
06.06	Fija post 06.04	\$117.894,52	\$ 47.168,64	24 cuotas	\$ 2.946,92
06.07	Aparatología de contención c/u	\$ 20.957,37	\$ 20.957,37		

### Plan Plata 250. Desde los 5 años hasta los 17 años inclusive. Cualquier patología

Cobertura: a cargo de Galeno hasta \$ 179.779,64 por caso, el resto a cargo del asociado en máximo de 20 cuotas.

GALENO							ASOCIADO		
CODIGO	DETALLE	Total	GALENO	Pago Inicial	Cantidad cuotas	Valor cuota	Copago	Cantidad Cuotas	Valor
06.12	Ortodoncia Removable	\$ 188.630,75	\$171.649,08	68.761,94	24	4.286,97	16.981,67	10 cuotas	1.698,20
06.13	Ortodoncia Fija	\$ 235.718,83	\$ 160.746,09	64.310,47	24	4.018,16	74.972,74	20 cuotas	3.748,70

### Plan Azul 200. Hasta los 17 años inclusive. Cualquier patología.

Cobertura: a cargo de Galeno hasta \$ 171.649,08 por caso, el resto a cargo del asociado en máximo de 20 cuotas.

GALENO							ASOCIADO		
CODIGO	DETALLE	Total	GALENO	Pago Inicial	Cantidad cuotas	Valor cuota	Copago	Cantidad Cuotas	Valor
06.12	Ortodoncia Removable	\$ 188.630,75	\$ 179.779,64	\$ 71.933,52	24	4.493,58	8.851,11	10 cuotas	\$885,20
06.13	Ortodoncia Fija	\$ 235.718,83	\$ 167.460,41	\$66.980,55	24	4.186,66	68.258,42	20 cuotas	\$3.413,00