



COBERTURA ODONTOLOGICA ORTODONCIA ***NORMAS DE ATENCION Y PROCEDIMIENTO***

En 3 cuotas

Vigencia a partir del 01/07/2023

COBERTURA

Planes



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 5 (cinco) fotos.*
- En caso de **abandonar o suspender el tratamiento**, deberá notificarse a Auditoria 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, bracketts 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 **aparatología extra-oral no tiene 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 JuanMartin.Lovagnini@galeno.com.ar o AnaMaria.Hudema@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 la misma vía:**

- **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:

- **No se dé inicio al tratamiento dentro de los 45 días de recibida la autorización;**
- **2 (dos) meses consecutivos de inasistencia a los controle;**
- **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.



6. 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.**

7. 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 3 cuotas**: una cuota inicial (40% del valor) y una cuota media y otra final.
- 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**.



8. 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	Cuota Media	Cuota Final
06.01	Consulta Ortodoncia	\$7.538,79	\$ 7.538,79	-	-
06.22	Ortodoncia Removible	\$ 188.630,75	\$75.392,33	\$ 56.619,21	\$ 56.619,21
06.23	Ortodoncia Fija	\$ 235.718,83	\$ 94.267,07	\$ 70.725,88	\$ 70.725,88
06.24	Mal Posiciones Simples	\$ 65.494,08	\$ 26.199,24	\$ 19.647,42	\$ 19.647,42
06.25	Fija post 06.02	\$ 92.874,19	\$ 37.830,39	\$ 27.521,90	\$ 27.521,90
06.26	Fija post 06.04	\$117.894,52	\$ 47.168,64	\$ 35.362,94	\$ 35.362,94
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	Cuota Media	Cuota Final	Copago	Cuotas	Valor
06.32	Ortodoncia Removible	\$ 188.630,75	\$ 179.779,64	\$ 71.933,52	\$ 53.923,06	\$ 53.923,06	\$ 8.851,11	10 cuotas	\$ 885,20
06.33	Ortodoncia Fija	\$ 235.718,83	\$ 167.460,41	\$ 66.980,55	\$ 50.239,93	\$ 50.239,93	\$ 68.258,42	20 cuotas	\$ 3.413,00

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	Cuota Media	Cuota Final	Copago	Cantidad de Cuotas	Valor
06.32	Ortodoncia Removible	\$ 188.630,75	\$ 171.649,08	\$ 68.761,94	\$ 51.443,57	\$ 51.443,57	\$ 16.981,67	10 cuotas	\$ 1.698,20
06.33	Ortodoncia Fija	\$ 235.718,83	\$ 160.746,09	\$ 64.310,47	\$ 48.217,81	\$ 48.217,81	\$ 74.972,74	20 cuotas	\$ 3.748,70