

Convenio CONSULMED S.A

A través de éste convenio se prestan servicios a las siguientes Obras Sociales (entre paréntesis el número de Empresa):

- **EN SALUD O.S.Tel. (699)**



- Planes **SIN COSEGURO:**

- Cronos PLUS
- Quantum PLUS
- Quantum
- Único

- Planes **CON COSEGURO:**

- Delta Plus
- Gamma

- **OMINT C.S. / OMINT Génesis / OMINT Inicial**
(558/1 - 558/2 - 558/3 - 676 - 110/1)



- **O.S.A.L.A.R.A. (574/0)**

- **Tintoreros**



- **O.S.A.L.A.R.A. (574/1)**

- **Juegos de Azar**



Convenio CONSULMED S.A

NORMAS GENERALES DE TRABAJO

LIMITE MENSUAL DE PRÁCTICAS Y FACTURACIÓN:

- Se consideran **2 (DOS) prácticas por mes, o 2 (DOS) prácticas mensuales más kit de bioseguridad** (en el caso de que su convenio particular lo incluya como práctica).

NOTAS DE AUDITORÍA:

- Para considerar mayor cantidad de prácticas, deberá solicitar por correo a su auditor autorización con documentación respaldatorias para el caso. (la respuesta de dicho correo se adjuntará a la planilla de liquidación y será suficiente para facturar el tratamiento)
- Las re-facturaciones se presentarán en planilla aparte la que se titulara

REFACTURACIÓN:

Las mismas deberán cargarse con la fecha de realizada la práctica, no excediendo los 90 (noventa) días de realizadas, y cumpliendo con las normas de liquidación enviadas.

FICHA DENTAL: Deberá ser perfectamente conformada sin omitir ningún dato solicitado, letra clara y legible, haciendo firmar ineludiblemente al paciente, caso contrario será rechazada.

HOJA DE INFORME DIARIO: Los datos, sin omitir ningún ítem, se deberán asentaren orden estrictamente cronológico, anotando cada día los pacientes atendidos ese día. No se aceptarán enmiendas ni tachaduras.

COSEGUROS:

- Los co - seguros **se abonan por cada práctica realizada.**
- Los mismos deben ser **abonados por el paciente directamente al profesional, en el consultorio,** al momento de su atención.
- Los únicos afiliados *exentos* del pago son los pertenecientes al **plan CMD.** Por favor, verificar que plan tiene cada afiliado al momento de validarlos a través de nuestra página.

FICHA DENTAL: Deberá ser perfectamente conformada sin omitir ningún dato solicitado, letra clara y legible, haciendo firmar ineludiblemente al paciente, caso contrario será rechazada.

HOJA DE INFORME DIARIO: Los datos, sin omitir ningún ítem, se deberán asentaren orden estrictamente cronológico, anotando cada día los pacientes atendidos ese día. No se aceptarán enmiendas ni tachaduras.

VALIDACIÓN DE SOCIOS:

Métodos de validación:

- **A través de nuestra página web todos los días las 24 hs.**

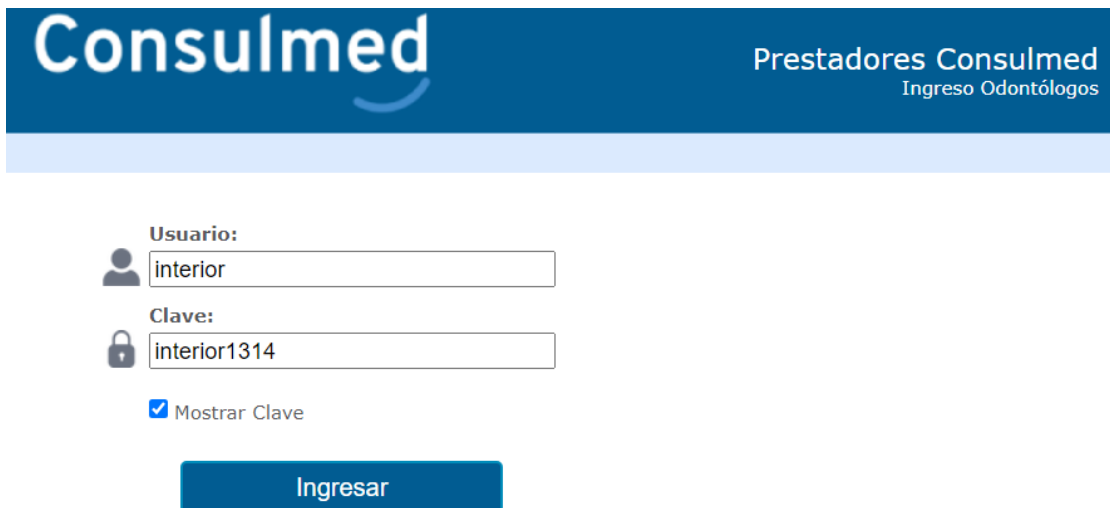
Es un método ágil, seguro, que le permite moverse con libertad horaria y desde cualquier lugar, sin mayores costos de comunicación.

- **Imprimiendo el comprobante de validación.**
- **En caso de imposibilidad, indicar en la planilla de atención diaria, la fecha y hora de la verificación. Dicho dato funcionará como comprobante.**

A través de nuestro call center todos los días y desde cualquier lugar del país.

(011) 5217-4400 de 10:00 hs., a 20:00 hs. de lunes a viernes y durante las 24 hs sábados, domingos y feriados.

Informamos los datos de nuestra página en internet para la validación de socios:



I. Ingresar a: www.consulmed.com.ar

- Usuario: interior**
- Contraseña: interior1314**

II. Ingresar a **“Padrones Online”**

- Colocar Nro. de Documento del afiliado.

✓ De estar habilitado se verá:

Nro. de empresa, Nro. de afiliado, el plan y si tiene co-seguro. Brindará además un Nro. de consulta que puede anotar en el comprobante de atención para seguridad de no tener el débito de afiliado inexistente o dado de baja.

× De no encontrarse el N° de afiliado se verá la siguiente leyenda: No se han encontrado registros con los datos solicitados.

Aclaración

El Área de Auditoría otorga únicamente códigos de autorización en los casos de prácticas odontológicas

La corroboración y validación de socios se realiza a través de los medios y en los horarios indicados

NORMAS DE APLICACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES

CAPITULO I – CONSULTAS

NORMA PARTICULAR

01.01 “Examen -diagnóstico- fichado y plan de tratamiento”

Se considera primera consulta al examen, diagnóstico, fichado y plan de tratamiento. Como consecuencia del examen, el fichado deberá reflejar el estado actual de la boca, previo al tratamiento a efectuarse.

Se reconocerá sólo cada doce (12) meses por profesional.

Para su reconocimiento se deberá adjuntar una ficha odontológica debidamente cumplimentada con los datos requeridos, las firmas y el estado bucal del paciente. Omitir la confección del diagrama dentario da lugar al débito de la misma.

01.04 “Consulta de urgencia”

Este código deberá facturarse solo, sin facturar otro código en la misma ficha.

Se considera consulta de urgencia a toda prestación odontológica que no constituye paso intermedio y/o final de tratamiento de la misma. Ej.: Estomatitis, cementado de coronas y puentes, aperturas, punción y drenaje de abscesos, hemorragias y alveolitis post extracciones. Se deberá establecer en todos los casos el motivo de la consulta.

CAPITULO II – OPERATORIA DENTAL

02.0 Incluye los códigos 02.00 “Obturación por pieza” – 02.01 “Obturación con Amalgama cavidad simple” – 02.02 “Obturación con Amalgama cavidad compuesta”

Restauraciones con amalgama. Este código incluye las restauraciones simples, compuestas y complejas. **Las mismas tendrán una duración de dos (2) años.** Durante este lapso no se reconocerá ninguna otra restauración en la misma pieza.

02.08 “Ionómeros (3 a 3 temporarios)” y 02.09 “Reconstrucción con Ionómeros”

Restauraciones simples y complejas con material estético de autocurado. De canino a canino. Duración dos (2) años.

02.09 “Restauraciones con material de auto curado”:

Incluye Ionómeros vítreos y composite de auto curado en restauraciones simples, compuestas y complejas del sector anterior (de canino a canino), **también en temporarios.** Durante el período de

garantía no se reconocerá ninguna otra restauración en la misma pieza. Las mismas tendrán una **garantía de 2 (DOS) años**.

02.15 “Fotocurado (Luz Halógena)”

Este código incluye las restauraciones simples, compuestas y complejas.

Se cubrirá o no de acuerdo al Anexo V de cada una de las empresas y únicamente en piezas permanentes. **Las mismas tendrán una duración de dos (2) años**.

02.16 “Fotocurado cavidad compuesta (solo anterior)”

CAPITULO III – ENDODONCIA

03.01 “Tratamiento unirradicular” y 03.02 “Tratamiento multirradicular”

Se reconocerán una vez por pieza y por afiliado, no pudiendo ser repetidos por el mismo profesional. Todo tratamiento de endodoncia deberá ser remitido para su conocimiento con radiografías pre y post. **Las radiografías están incluidas en los valores de estos códigos, considerándose hasta 3 (tres) Rx por código.**

A efectos de reconocer todo tratamiento de endodoncia deberá visualizarse en la Rx post operatoria la correcta preparación de los conductos radiculares y que el material radiopaco llegue al límite cemento dentinario.

En caso de no cumplirse esta norma, el prestador deberá justificarlo para su evaluación a solo efecto de su reconocimiento.

03.05 “Biopulpectomía parcial, coronaria”

Cuando se realice esta práctica, no se reconocerá otro tratamiento de endodoncia hasta un (1) año después de efectuada la misma si es realizado por el mismo profesional. Deberán presentarse Rx pre y post operatorias, considerándose a ambas incluidas en esta práctica.

03.06” Necropulpectomía parcial. Momificación”

Se cubrirá únicamente en piezas posteriores. Deberá presentarse Rx post operatoria, considerándose incluida en el valor de esta práctica.

CAPITULO V – ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

05.01 “Tartrectomía y cepillado”

Se reconocerá una (1) tartrectomía por año.

05.02 “Topicación con flúor”

Podrá realizarse una vez cada doce (12) meses. Incluye consulta preventiva, detección de placa bacteriana, cepillado mecánico y aplicación de flúor. **Se reconocerá una (1) vez por año y hasta cumplir los 13 años, por tratamiento y en ambas arcadas.**

Este código incluye el código 05.01.

05.04 “Enseñanza de técnicas de higiene bucal, detección y control de placa”

Este código incluye cepillado mecánico. La enseñanza de técnicas de higiene bucal y detección de control de placa se reconoce por una única vez.

05.05 “Sellantes de puntos y fisuras”

Se cubrirá o no de acuerdo al Anexo V de cada una de las empresas y únicamente en piezas permanentes desde los 6 años y hasta los 12 años inclusive. No se reconocerá la restauración de la pieza sellada hasta pasados los **dos (2) años de realizada la práctica**, si es facturada por el mismo profesional.

CAPITULO VII – ODONTOPEDIATRÍA

07.01 “Consulta, fichado y motivación”

Este código incluye el fichado y motivación, en niños de hasta 13 años.

07.02 “Mantenedor de espacio”

Se cubrirá o no de acuerdo al Anexo V de cada una de las empresas. **Se cubrirá por única vez por pieza dentaria y en pacientes de hasta 8 años inclusive, con Rx pre y post incluida.**

07.04 “Tratamiento con formocresol en dentición temporaria”

Se reconocerá con Rx pre y post operatoria y cuando la pieza tratada no se encuentre en período de exfoliación normal o persistan por lo menos la mitad aproximada de la longitud de las raíces. Deberán presentarse **Rx pre y post operatorias, considerándose a ambas incluidas en esta práctica.**

07.05 “Corona de acero provisoria”

Se cubrirá o no de acuerdo al Anexo V de cada una de las empresas, **con Rx pre y post incluida.**

07.06.01 “Reducción de luxación con inmovilización dentaria”

Se cubrirá o no de acuerdo al Anexo V de cada una de las empresas, **con Rx pre y post incluida.**

07.06.02 “Reimplante dentario e inmovilización por luxación total”

Se cubrirá o no de acuerdo al Anexo V de cada una de las empresas, **con Rx pre y post incluida.**

07.06.04 “Fractura amelodentinaria”

Se cubrirá o no de acuerdo al Anexo V de cada una de las empresas, **con Rx pre y post incluida.**

CAPITULO VII – ODONTOPEDIATRÍA

08.01 “Consulta de estudio-diagnóstico-pronóstico”

Esta práctica incluye la confección de la ficha periodontal completa con la correcta confección del diagrama dentario (código 01.01). Se deberá realizar cada vez que se inicia un tratamiento periodontal moderado o severo. Si el paciente es derivado indicar qué profesional lo deriva o adjuntar nota de derivación.

08.02 “Tratamiento de gingivitis marginal crónica”

Este código incluye control de placa bacteriana y enseñanza de técnicas de higiene bucal.
Podrá realizarse una vez cada doce (12) meses.

08.03 “Tratamiento de periodontitis destructiva leve o moderada. Por sector.” Y 08.04 “Tratamiento de periodontitis destructiva severa. Por sector.”

Comprende todos los cuadros periodontales

Se podrá facturar hasta tres (3) sectores por mes. Se reconocerá con Rx pre-operatorias. Podrá repetirse el tratamiento cada 18 meses. Deberá enviarse previamente la ficha periodontal con diagnóstico presuntivo. En el caso de piezas faltantes se sumará el valor de los 6 sectores y se dividirá por 28, lo cual dará el valor por pieza dentaria. Se abonará sólo en piezas existentes en boca. Las Rx deben ser enviadas.

08.05 “Desgaste selectivo o armonización oclusal.”

CAPITULO XI – RADIOLOGÍA

La falta de cualquiera de estos requisitos será causa suficiente para no reconocer la práctica.

Toda RX (PANORAMICA - TELERADIOGRAFIA - SERIADA Y MEDIA SERIADA) derivada a los centros radiológicos **deberá ser autorizada por CONSULMED.**

El pedido de dicha autorización lo deberá hacer el profesional solicitante.

Todo código de Rx debe indicarse motivo y diagnóstico, de lo contrario no se abona y/o mandar con tratamiento.

09.01.01 “Rx periapical y oclusal (6x8). Técnicas de cono corto o largo”

09.01.02 “Bite Wing”

09.01.03 “Oclusal 6x8”

Toda Rx para su reconocimiento deberá presentarse en sobre de tamaño adecuado a la misma, donde conste el nombre, apellido y N° de afiliado.

La corrección en la prestación estará dada por la angulación, definición, centrado, contraste, revelado y fijado para más fácil interpretación. La falta de este requisito será causa suficiente para no reconocer dicho código.

09.01.04 “Radiografía media seriada de 5 a 7 películas”. Incluye código 09.03

09.01.05 “Radiografía seriada de 8 a 14 películas”. Incluye código 09.01.04

09.02.04 “Pantomografía o radiografía panorámica”

Se cubrirá o no de acuerdo al Anexo V de cada una de las empresas y sólo para prácticas incluidas en la cobertura.

09.02.05 “Teleradiografía cefalométrica”

Se cubrirá o no de acuerdo al Anexo V de cada una de las empresas y sólo para prácticas incluidas en la cobertura

CAPITULO X – CIRUGÍA

Para el reconocimiento de las prácticas contempladas en el presente capítulo, se podrá solicitar la documentación que estime necesaria (ficha dental, historia clínica, radiografías) que justifique la realización de la práctica.

Las radiografías están incluidas en el arancel del presente capítulo, no se facturan por separado.

10.01 “Extracción dentaria”

Para su reconocimiento deberá efectuarse la extracción completa sin que quede ningún remanente de resto radicular.

10.02 “Plástica de comunicación buco-sinusal”

Se reconocerá con Rx pre-operatoria que justifique la realización de la práctica, debiendo informar el profesional la circunstancia de la prestación.

10.03 “Biopsia por punción o aspiración”. Incluye código 10.07

Para su facturación deberá acompañar un diagnóstico presuntivo de la práctica.

10.04 “Alveolectomía estabilizadora. Por zona (Seis zonas)”

Deberá informarse la circunstancia clínica de la prestación.

10.05 “Reimplante dentario inmediato al traumatismo”

Deberá acompañarse con radiografía pre y post-operatoria.

10.06 “Incidión y drenaje de abscesos por vía intrabuca”

Deberá acompañarse breve reseña del cuadro clínico y Rx.

10.07 “Biopsia por escisión”

Debe acompañarse con diagnóstico presuntivo.

10.08 “Alargamiento quirúrgico de la corona clínica”

Debe indicarse razón puntual de la práctica. Se enviarán Rx pre y post-operatoria.

10.09.01 “Extracción de piezas en retención mucosa”

Se reconoce la extracción de aquel elemento que radiológicamente se observe retenido. Deberán presentarse las Rx pre y post operatorias. **Las radiografías están incluidas dentro del valor de esta práctica.**

10.09.02 “Extracción de piezas en retención ósea”

Se reconoce la extracción de aquel elemento que radiológicamente se observe retenido intraóseo. Deberán presentarse las Rx pre y post operatorias. **Las radiografías están incluidas dentro del valor de esta práctica.**

10.10 “Germectomía”

Deberán presentarse las Rx pre y post operatorias. Las mismas están incluidas dentro del valor de la práctica.

10.11 “Liberación de dientes retenidos”

Se deberá presentar las Rx. Pre y post operatorias. Las mismas están incluidas en el valor de la práctica.

10.12 “Apicectomía”

Se cubrirá o no de acuerdo al Anexo V de cada una de las empresas. Deberán presentarse las Rx pre y post operatorias. Las radiografías están incluidas dentro del valor de esta práctica.

Deberá presentarse con Rx pre y post-operatorias.

10.13 “Tratamiento de osteomielitis” Se acompañarán Rx pre y post-operatorias.

10.14 “Extracción de cuerpos extraños o restos radiculares”

Se deberán presentar las Rx pre y post operatorias. Las mismas están incluidas en el valor de la práctica. Se acompañarán Rx pre y post-operatorias.

- **Se consideran 2 prácticas por mes. O dos prácticas mensuales más kit de bioseguridad (en el caso de que su convenio particular lo incluya como práctica).**
- **Para considerar mayor cantidad de prácticas, deberá solicitar por correo a su auditor autorización con documentación respaldatoria para el caso. (la respuesta de dicho correo se adjuntará a la planilla de liquidación y será suficiente para facturar el tratamiento).**
- **Las re-facturaciones se presentarán en planilla aparte la que se titulara “RE - FACTURACIÓN”.**
- **Las mismas deberán cargarse con la fecha de realizada la práctica, no excediendo los 90 (noventa) días de realizadas. Y cumpliendo con las normas de liquidación enviadas.**