

Convenio Médicus S.A.

Forma de atención: El beneficiario deberá presentar el carnet que lo habilite como tal y su documento de identidad. El profesional debe cumplimentar una ficha de la Federación y en ella indicar los trabajos a realizar, que deberán contar con la firma del paciente renglón por renglón.

Para validar al paciente (confirmar si tiene cobertura al momento de concurrir al consultorio) debe llamar al Call Center de Médicus, de 08:00 a 20:00 hs. al número 0800-333-7624.

El presente convenio tiene un límite de TRES prestaciones mensuales por beneficiario. En caso de requerirse una mayor cantidad de prácticas, las mismas deberán contar con autorización previa por escrito de la Obra Social.

Normas de trabajo: Se adjuntan.

Aranceles: Se adjuntan.

Plazo de pago: 45 días de recepcionada la facturación en la Obra Social.

Prestaciones que se reconocen:

0101 - 0104.
0201 - 0202 - 0204 - 0208 - 0209 - 0215 - 020101.
0301 - 0302 - 0305 - 0306.
0501 - 0502 - 0505.
0701 - 0702 - 0703 - 0704 - 0705 - 0706 - 0707.
0801 - 0802 - 0803 - 0804 - 0805.
090101 - 090103 - 090104 - 090105 - 090204.
1001 - 1002 - 1003 - 1004 - 1005 - 1006 - 1009 - 100901 -
1010 - 1011 - 1012 - 1013 - 1014 - 1015 - 1016.

Convenio Medicus S.A.
Normas Generales

1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE.

- 1.1 Al momento de la asignación de un turno el profesional debe solicitar al asociado los siguientes datos: Nombre y Apellido, número de Socio y Plan.
- 1.2 Con estos datos el profesional deberá controlar: Si el plan del socio posee cobertura odontológica; Si dentro de los planes asignados para su atención se encuentra el manifestado por el asociado; Que el número de credencial respectiva no esté incluida en el “Boletín de Inhabilitados”, que mensualmente entrega Medicus S.A.
- 1.3 En la consulta el profesional debe solicitar al asociado la presentación de la credencial **Medicard** que lo acredite como tal. En ella debe observar las siglas que identifican su pertenencia a un plan que incluye asistencia odontológica (**POM, POC y POT**) y la fecha de vigencia de la credencial.
- 1.4 De considerar el profesional necesaria la verificación de la identidad del portador del **Medicard**, podrá exigir la presentación de DNI o Cédula para corroborar los datos.
- 1.5 Ante cualquier duda en la admisión de un paciente comunicarse con la administración de la Federación Odontológica de Río Negro.

2. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION.

- 2.1 El afiliado que cumpla con los requisitos de identificación, contará con libre acceso a la Red, no debiendo realizar auditoría ni ningún otro procedimiento previo para su atención odontológica, a excepción de las prácticas de especialidades que deberán contar con la derivación correspondiente de un profesional perteneciente a la Federación.
- 2.2 Sólo podrán atender afiliados, los prestadores que figuren en el ANEXO I, y en las direcciones que figuran en cartilla, no los que atienden en el mismo consultorio o en otra dirección, salvo autorización expresa de Medicus S.A.
- 2.3 **Paciente de Primera vez.**
 - 2.3.1 Confeccionar ficha clínica odontológica catastral por duplicado, debiendo quedar en poder del odontólogo el duplicado. Las fichas deberán estar cumplimentadas en forma clara, legible y con todos los datos completos (ver código 01.01).
 - 2.3.2 Dado que la ficha catastral refleja el estado bucodental del paciente al momento de la consulta, en el odontograma se registran todos los tratamientos realizados anteriormente en rojo y los a realizar en azul. Se debe consignar claramente: fecha; apellido y nombre del profesional actuante y número de prestador (número de matrícula provincial del profesional actuante); nombre y número de prestador del titular del convenio (Federación); apellido y nombre del paciente.; número de asociado a Medicus S.A.; plan; domicilio, localidad, código postal y teléfono; fecha de nacimiento; firma del paciente o responsable; firma y sello del profesional actuante.
- 2.4 **Atención Programada.**
 - 2.4.1 Para la liquidación de todas las prestaciones, el profesional deberá registrar en el odontograma la/s pieza/s tratadas.

- 2.4.2 El Odontólogo registrará, al reverso de la ficha, la fecha del tratamiento, código, pieza y cara. No se liquidarán prácticas con una firma cruzada que abarque varios renglones. No se admitirán tachas o enmiendas ni uso de corrector. El Profesional certificará con su firma y sello la ficha de prestaciones.
- 2.4.3 El Odontólogo no debe presentar prestaciones si aún no han sido realizadas o se encontrasen incompletas. No podrá utilizar la codificación de prácticas incluidas en el presente convenio, en prestaciones que no se ajusten estrictamente a las normas para la prestación odontológica.
- 2.4.4 Las prestaciones no poseen topes ni limitaciones mensuales a efectuarse por asociado, excepto las que devienen del correcto uso de la práctica clínica, las características particulares de cada paciente y la disponibilidad horaria del paciente y el profesional. Más de cuatro prestaciones por afiliado por mes requieren autorización escrita de auditoría previa a su realización, a excepción de las radiografías necesarias para el reconocimiento de otras prácticas.

3. OBSERVACIONES.

- 3.1. El profesional solicitará las prácticas de diagnóstico y/o tratamiento que considere necesarias a los profesionales y/o a los centros especializados que tiene Médicus S.A. contratados, exclusivamente, confeccionando una orden de derivación con indicaciones de prácticas solicitadas, diagnóstico presuntivo y datos completos del asociado (apellido y nombre, número de afiliado y plan), y colocar su firma, número de matrícula profesional y sello.
- 3.2. El profesional al que se derivó el paciente debe confeccionar la ficha, completando sólo los datos solicitados en el anverso de la misma. El profesional no podrá facturar por esta derivación el código 01.01. Debe adjuntar copia de la orden de derivación y diagnóstico presuntivo.
- 3.3. Los profesionales habilitados para prestar servicios en éste convenio son exclusivamente los que poseen contrato a través de entidades intermedias, quedando excluidos y siendo motivo de baja del prestador titular, la atención de asociados por profesionales no autorizados explícitamente por Médicus S.A. o en otra dirección que no sea la habilitada por Médicus S.A., como así también, la realización de prácticas de especialidad sin el título habilitante correspondiente.

4. ARANCELES.

- 4.1. Estarán 100% a cargo de Médicus S.A. según Nomenclador de Prestaciones (Anexo IV).
- 4.2. Se efectuará un análisis de las prestaciones en base a modelos consensuados de auditoría de liquidación, según indicadores de Calidad y Uso calculados sobre un año de utilización y como resultado del comparativo con los prestadores locales, se solicitará a La Federación efectuar los ajustes correspondientes y las correcciones de los desvíos observados.

5. CONFECCION Y PRESENTACION DE LAS RENDICIONES DE PRESTACIONES.

- 5.1 La Federación emitirá factura con el detalle de las prestaciones realizadas, adjuntando las fichas de liquidación de prestaciones. Cuando se trate de continuación de tratamiento o pacientes derivados por otro profesional no completará el odontograma, excepto la pieza tratada.
- 5.2 Las prestaciones serán facturadas de acuerdo con el valor vigente a la fecha de su realización, según el calendario odontológico, no pudiendo superar los 60 días de realizadas las mismas.

- 5.3 Las refacturaciones deben presentarse en las mismas fechas que las vigentes para las facturas, y serán abonadas por Médicus S.A., si corresponde, como si se tratase de una factura. No podrán superar los 90 días de la fecha de prestación. Deben ser presentadas dentro de los 60 días de notificado el débito, debiendo confeccionar una nueva ficha, aclarando en color rojo en la parte de Observaciones que se trata de una refacturación, completando los datos correspondientes al profesional, nombre y número de prestador, y datos del paciente, nombre, teléfono, edad, número de asociado y plan, y detallando las prestaciones a refacturar, con todos los datos correctos y fecha original de la misma, adjuntando a la ficha una copia del Detalle de Débito.
- 5.4 El pago de la facturación lo emitirá Médicus S.A. y se efectivizará a los 45 (cuarenta y cinco) días corridos de recibida la misma, según valores del nomenclador Médicus S.A. vigentes al momento de efectuada la prestación.

Normas Particulares

CAPITULO I - CONSULTAS.

01.01 - Consulta. Diagnóstico. Fichado y plan de tratamiento.

Examen, diagnóstico y plan de tratamiento. Comprende confección de historia clínica odontológica básica que refleje el estado general del paciente. Debe confeccionarse ficha catastral. El beneficiario debe firmar su consentimiento autorizando el tratamiento, y el profesional que informó debidamente al paciente sobre el tratamiento a realizar, complicaciones y/o posibles técnicas alternativas. Los especialistas no pueden facturar la consulta, salvo que no hagan la práctica derivada para lo cual deben consignar el motivo. Se reconocerá por única vez al comienzo del tratamiento, y pasado el año del alta fehaciente del paciente.

01.04 - Consulta de Urgencia.

Será considerada toda consulta sin turno previo para paliar dolor agudo como ser: estomatitis, drenaje de abscesos, pericoronaritis, hemorragias o alveolitis, y la resolución de problemas estéticos como cementado de coronas o puentes. Debe ser atendida en el día y se reconoce con odontograma completo, firma del paciente, indicación de zonas, piezas afectadas y motivo de la urgencia. No se reconocerá si la misma constituye paso intermedio y/o final de un tratamiento. Se reconoce en los casos en que el prestador deba confeccionar un certificado bucodental, con la única exigencia de que ello debe ser aclarado en la ficha.

CAPITULO II - OPERATORIA DENTAL.

Para las piezas que hayan sido obturadas no se reconoce su exodoncia por el mismo prestador durante el periodo de garantía.

02.01 - Obturación de amalgama. Cavidad simple.

Incluye restauraciones simples. Debe tener una duración de dos años. No se reconocerá otra restauración en la misma pieza durante el mismo. De requerirse una obturación en otra cara de una pieza en ese período, se aceptará una obturación simple, con su justificación, pasado un año de la obturación original.

02.02 - Obturación de amalgama. Cavidad compuesta o compleja.

Incluye restauraciones compuestas y complejas. Debe tener una duración de dos años y no se reconocerá ninguna otra restauración en la misma pieza durante el mismo. En el caso de ser necesaria la realización de una obturación en otra cara de una pieza en período de garantía, se reconocerá una obturación simple, con la debida justificación escrita, pasado un año de la confección de la obturación original.

02.04 - Obturación con tornillo en conducto.

Cuando la dimensión de la lesión requiera tratamiento con prótesis fija y por falta de recursos económicos se decida la restauración plástica. No podrá repetirse antes de dos años. Se requiere Rx post operatoria, que se factura por separado.

02.08 - Restauración con material estético (incluye ionómeros vítreos). Sector anterior.

Incluye restauraciones simples, compuestas y complejas en anteriores y vestibular de primeros molares. Se reconocerá cada dos años, período durante el cual no se reconoce ninguna otra restauración en la misma pieza. No se reconoce en piezas temporarias.

02.09 - Reconstrucción de ángulo en piezas anteriores. Autocurado.

Se reconoce una prestación por pieza dentaria y tendrá una duración mínima de dos años.

02.15 - Obturación con resina fotocurado sector anterior o posterior.

Incluye restauraciones simples, compuestas y complejas en anteriores o posteriores. Deberá tener una duración mínima de 2 años, lapso el cual no se reconoce ninguna otra restauración en la misma pieza. No se reconoce en piezas temporarias.

02.01.01 - Restauraciones complementarias.

De ser necesaria la realización de una obturación en otra cara de una pieza en garantía, se reconocerá una obturación simple con justificación escrita, pasado un año de la confección de la obturación original.

CAPITULO III - ENDODONCIA.

Se reconocen por única vez, por pieza, con Rx pre y post operatoria (que se facturan por separado), no pudiendo ser repetidos por el mismo profesional. En caso de ser rehecho por otro profesional, éste debe solicitar autorización previa. Las Rx deben ser presentadas en porta películas transparentes, y abrochadas a la ficha para su correcta visualización.

03.01 - Tratamiento en unirradiculares.

03.02 - Tratamiento en multirradiculares.

Se reconocen una vez por pieza, con Rx pre y post, que se facturan por separado. Para su reconocimiento, debe visualizarse en la Rx post la correcta preparación del conducto radicular y que el material radiopaco llegue hasta el límite cemento-dentinario (a 1mm aprox.). De no cumplirse esta norma, el prestador debe justificarlo, para su evaluación y su reconocimiento. Toda obturación del o los conductos radiculares que sobrepase el límite cemento-dentinario o llegue a ocupar la zona periapical a distancia del tratamiento efectuado y sea un material no reabsorbible por los tejidos periapicales, se considera contraindicado.

03.05 - Biopulpectomía parcial.

Se reconoce una cada 24 meses en la misma pieza con Rx post, que se factura por separado.

03.06 - Necropulpectomía parcial o momificación.

Se reconoce cada 5 años en la misma pieza con Rx post, que se factura por separado, sólo en molares, justificando la imposibilidad de realizar un tratamiento endodóntico total.

CAPITULO V - PREVENCIÓN.

05.01 - Consulta preventiva en adultos.

Incluye tartrectomía, detección de placa, cepillado mecánico y enseñanza de higiene. Se reconocerá una vez por año a mayores de 18 años. Este código no podrá facturarse cuando el paciente sea de periodoncia.

05.02 - Consulta preventiva periódica.

Incluye cepillado previo, aplicación de flúor y enseñanza de técnica de cepillado. Se reconoce cada seis meses en menores de 18 años y en ambas arcadas. Incluye código 0501. En pacientes de alto riesgo de caries y embarazadas, el profesional debe solicitar autorización previa para su reconocimiento

05.05 - Sellador de surcos, fosas y fisuras.

Se reconoce cada dieciocho meses, hasta los quince años de edad en premolares y molares permanentes. Durante este período no se puede facturar otro tipo de obturación. No se reconocerá cuando sean aplicadas sobre obturaciones preexistentes.

CAPITULO VII - ODONTOPEDIATRÍA.

07.01 - Consulta de motivación.

Incluye hasta 3 consultas. Se reconoce por única vez, solo para menores de 13 años. Comprende el código 0101, y la consulta diagnóstica, examen y plan de tratamiento.

07.02 - Mantenedor de espacio.

Comprende mantenedores de espacio fijos y removibles. Se cubrirá por única vez en pacientes de hasta 8 años de edad. Se incluye corona o banda y ansa de alambre de apoyo o tornillo a extensión. Se reconocerá con autorización previa por escrito a la cual deberá adjuntarse la Rx previa.

07.03 - Reducción de luxación con inmovilización dentaria.

Se reconocerá por única vez en la misma pieza dentaria.

07.04 - Tratamiento de dientes temporarios con formocresol.

Se reconocerá por única vez en una pieza cuando la misma no se encuentre en el período de exfoliación normal. Se factura con Rx post operatoria, que se factura por separado.

07.05 - Corona de acero provisoria por destrucción coronaria.

Se reconocerá en piezas con formocresol, y en casos de gran destrucción coronaria, cuando la pieza no se encuentre en período de exfoliación en dientes primarios. Sólo en primeros molares permanentes hasta los 15 años de edad. Se reconocerá con autorización previa por escrito al cual deberá adjuntarse la Rx previa. Se debe facturar con Rx post, que se factura por separado.

07.06 - Reimplante dentario e inmovilización por luxación total.

No incluye tratamiento endodóntico.

07.07 - Protección pulpar directa.

Se reconoce por única vez en la misma pieza, incluye corona provisoria y Rx post-operatoria.

CAPITULO VIII - PERIODONCIA.

08.01 - Consulta de estudio, diagnóstico y pronóstico.

Incluye la confección de la ficha periodontal respectiva la cual deberá acompañar exclusivamente al código 0803, incluido en este capítulo. Se reconocerá una vez por año.

08.02 - Tratamiento de gingivitis marginal crónica.

Incluye al código 0501. Se factura por arcada y se reconocerá una vez por año. Comprende: tartrectomía, raspaje, control de placa, enseñanza de cepillado, evaluación y terapias fluoradas.

08.03 - Tratamiento de periodontitis leve o moderada. Por pieza.

Incluye los códigos 0501 - 0805. Comprende raspaje y alisado radicular, eventual gingivectomía, colgajo y terapia fluorada, más eventual cirugía mucogingival. Se reconocerá con Rx preoperatoria (que se factura aparte) y ficha periodontal. Podrán facturarse hasta ocho códigos independientemente de la posición de la pieza dentaria, por afiliado y por mes. Se reconocerá cada dos años. Se liquida por pieza dental.

08.04 - Tratamiento de periodontitis destructiva severa. Por pieza.

Incluye los códigos 0501 - 0805. Comprende raspaje y alisado radicular, eventual gingivectomía, colgajo y terapia fluorada, más eventual cirugía mucogingival. Se reconocerá con Rx preoperatoria (que se factura aparte) y ficha periodontal. Podrán facturarse hasta ocho códigos independientemente de la posición de la pieza dentaria, por afiliado y por mes. Se reconocerá cada dos años. Se liquida por pieza dental.

08.05 - Desgaste selectivo o armonización oclusal.

Se reconocerá cuando se detalle el estudio de la oclusión y el análisis de los factores traumatizantes, remitiendo los elementos de juicio necesarios para su evaluación. Por ambas arcadas y por única vez.

CAPITULO IX - RADIOLOGÍA.

No poseen cobertura las prácticas de diagnóstico complementario para la realización de prácticas no cubiertas.

09.01.01 - Radiografía periapical.

Las Rx deben presentarse en sobre adecuado al tamaño con los datos del paciente y el informe respectivo, definición, centrado, contraste, revelado y fijado para su fácil interpretación. La falta de cualquiera de estos requerimientos será causa para no reconocer la práctica. Se admiten como máximo 4 Rx. De 5 a 7 películas se factura 090104 si son de la misma arcada. De 8 a 9 películas se factura 090104 más 1 o 2 veces el código 090101 según corresponda. De 10 a 14 películas se facturará 090105.

09.01.03 - Radiografía Oclusal.

09.01.04 - Media Seriada de siete películas.

09.01.05 - Seriada de catorce películas.

09.02.04 - Pantomografía o radiografía panorámica.

Solo para diagnóstico de patologías cuyo tratamiento se encuentre incluido en el presente nomenclador.

CAPITULO X - CIRUGIA.

10.01 - Extracción dentaria.

No se reconocerá en la pieza que haya sido facturada por el mismo profesional por los códigos del capítulo II y III, si están dentro del lapso de duración establecido. Las exodoncias en dientes primarios se reconocen si no están en el período de exfoliación normal y cuando persista, por lo menos el 50% de la raíz con Rx preoperatoria. De ser necesaria la exodoncia en caso contrario, se debe solicitar autorización previa a la auditoría de la Federación justificando el motivo.

10.02 - Plástica de comunicación bucosinusal.

Debe acompañarse de Rx preoperatoria que justifique la realización de la práctica.

10.03 - Biopsia por punción o aspiración o escisión.

No incluye estudio anatomopatológico.

10.04 - Alveolectomía estabilizadora. Por zona.

Acompañar con detalle de Historia Clínica. Se reconoce por cuadrante cada 2 años.

10.05 - Reimplante dentario inmediato al traumatismo con inmovilización.

No incluye tratamiento endodóntico. Acompañar Historia Clínica. Por única vez, por pieza.

10.06 - Incisión y drenaje de abscesos.

Debe acompañarse con Historia Clínica.

10.09 - Extracción de dientes con retención ósea.

Presentar para su liquidación radiografías pre y post operatorias (que se facturan por separado).

10.09.01 - Extracción de dientes con retención mucosa.

Presentar para su liquidación radiografías pre y post operatorias (que se facturan por separado).

10.10 - Germectomía.

Presentar para su liquidación radiografías pre y post operatorias (que se facturan por separado).

10.11 - Liberación de dientes retenidos.

Presentar para su liquidación radiografías pre y post operatorias (que se facturan por separado) e Historia Clínica.

10.12 - Apicectomía.

Presentar para su liquidación radiografías pre y post operatorias (que se facturan por separado). Debe adjuntarse breve historia clínica que justifique la práctica.

10.13 - Tratamiento de osteomielitis.

Acompañar con detalle de Historia Clínica. No se reconocerá como consecuencia de prácticas realizadas por el mismo profesional.

10.14 - Extracción de cuerpos extraños o restos radiculares.

Acompañar con Historia Clínica y Rx pre operatoria. No se reconocerá como consecuencia de prácticas realizadas por el mismo profesional.

10.15 - Alveolectomía correctiva. Por zona.

Acompañar con Historia Clínica. Se reconoce por cuadrante cada 2 años.

10.16 - Frenectomía.

Acompañar con Historia Clínica. Se requiere autorización previa.