

Convenio Swiss Medical S.A. / DOCTHOS.

Forma de atención: El beneficiario deberá presentar el carnet que lo habilite como tal y su documento de identidad. Las prestaciones que se realicen deben ser asentadas en una ficha y la validez para su facturación estará dada por la firma de conformidad del paciente, renglón por renglón.
Se podrá iniciar la prestación del servicio una vez que se cuente con la debida autorización.

Los planes de Docthos con cobertura son los siguientes: *Premium, Global, Grupo Salud y Family*. Los beneficiarios de Docthos *Advance, Básico y Plus*, que se identifican con los números 1100 y 1200, **no deben ser atendidos puesto que tienen cobertura tercerizada a través de otra Empresa.**

Este convenio tiene un límite de cinco (5) prestaciones mensuales por beneficiario, excluyendo de éstas los códigos 0101 - 0801 - 090101 - 090102.

Los profesionales reconocidos en la especialidad de cirugía deben facturar las prestaciones de éste capítulo anteponiendo la letra “n” a cada código.

Normas de trabajo: Se adjuntan.

Aranceles: Se adjuntan.

Plazo de pago: 30 días de recibida la facturación en la Obra Social.

Prestaciones que se reconocen:

0101 - 0104.
0202.
0301 - 0302 - 0305 - 0306 - 03.104.
0501 - 0502 - 0504 - 0505 - 0506.
0701 - 0703 - 0704 - 0705 - 070601 - 070602.
0801 - 0802 - 0803 - 0804 - 0805 - 0807.
090101 - 090102 - 090103 - 090104 - 090105 - 090201 - 090202 -
090203 - 090204 - 090205 - 090206 - 0905.
1001 - 1002 - 1003 - 1004 - 1005 - 1006 - 1007 - 1008 - 100901 -
100902 - 1010 - 1011 - 1012 - 1013 - 1014 - 1015 - 1016 - 1017 - 1019
1020.

Convenio Swiss Medical S.A. / DOCTHOS.

CAPITULO I - CONSULTAS.

- 01.01 Examen, diagnóstico, fichado y plan de tratamiento.**
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. Se deben establecer los motivos de la misma y marcar zonas o piezas afectadas. Ej.: punción y drenaje de abscesos, pericoronaritis, estomatitis, cementado de coronas y puentes, hemorragias, alveolitis, etc. Este código se reconoce en los casos en que el profesional deba confeccionar un certificado bucodental, con la única exigencia de que ello debe ser aclarado en la ficha.

CAPITULO II - OPERATORIA DENTAL.

Norma General: No se podrá facturar la extracción de una pieza hasta transcurrido el período de duración mínima de cada código.

- 02.02 Restauraciones de cualquier tipo.**
Se establece una duración mínima de dos años por cara tratada. En piezas temporarias, el lapso para volver a facturar éste código es de un año.
Se podrán facturar hasta dos códigos por pieza dental.

CAPITULO III - ENDODONCIA.

- 03.01 Tratamiento unirradicular.**
- 03.02 Tratamiento multirradicular.**
Se reconoce un código por pieza cada dos años, si lo factura el mismo profesional. Deben adjuntarse las Rx pre y post operatorias, pudiendo facturarse también la conductometría, que se facturan por separado. Para reconocer todo 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 para su reconocimiento.
- 03.05 Biopulpectomía parcial.**
Se reconoce con Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado, en pacientes de hasta quince (15) años y no se reconocerá otra práctica endodóntica con su restauración coronaria hasta un año después de efectuada la misma, si lo hace el mismo profesional.
- 03.06 Necropulpectomía parcial.**
Se reconoce con Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado. Se reconoce sólo en posteriores permanentes. No se reconocerá otra práctica endodóntica con su restauración coronaria hasta un año después de efectuada la misma, si lo hace el mismo profesional.

- 03.104 Desobturación de conductos.**
Para casos en que sea necesario rehacer la endodoncia, con aclaración en la ficha dental.

CAPITULO V - PREVENCIÓN.

- 05.01 Tartrectomía y cepillado mecánico.**
Se reconocerá cada doce meses sólo a mayores de 18 años. Incluye tartrectomía, detección y control de placa, topicación con flúor y enseñanza de higiene oral. Se reconocerá cada seis meses en pacientes embarazadas.
- 05.02 Consulta preventiva periódica para menores. Flúor.**
Incluye consulta preventiva, detección de placa bacteriana, cepillado mecánico, aplicación de flúor y enseñanza de higiene oral. Se reconoce una práctica cada seis meses únicamente hasta los dieciocho años de edad, por tratamiento y en ambas arcadas.
- 05.04 Control de placa bacteriana.**
- 05.05 Sellador de puntos y fisuras.**
Se reconocerá una vez por año por pieza, en molares y premolares permanentes, en menores de dieciocho años. No se reconoce en caras libres ni sobre obturaciones. No se reconocerán obturaciones en la misma pieza en el período de duración mínima.
- 05.06 Cariostáticos mineralizantes.**

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.
- 07.03 Mantenedor de espacio fijo o removible.**
Se reconocerá cuando falten dos o más dientes primarios contiguos o más de dos dientes alternados en la misma arcada dental. Podrá renovarse semestralmente con la autorización previa de la Obra Social.
- 07.04 Tratamiento de dientes primarios con formocresol.**
Se reconocerá con Rx post operatoria, cuyo valor se factura aparte del valor de éste código, y cuando la pieza tratada no se encuentre en período de exfoliación normal.
- 07.05 Corona de acero provisoria por destrucción coronaria.**
Se cubrirá en piezas temporarias con gran destrucción coronaria, cuando la pieza no se encuentre en el período de exfoliación normal. Incluye Rx postoperatoria.
- 07.06.01 Reducción de luxación con inmovilización dentaria.**
- 07.06.02 Luxación total. Reimplante e inmovilización dentaria.**

CAPITULO VIII - PERIODONCIA.

- 08.01 Consulta de estudio. Diagnóstico y pronóstico.**
Incluye la confección de una ficha periodontal completa e incluye el 01.01.

- 08.02 Tratamiento de gingivitis marginal crónica.**
Comprende tartrectomía, raspaje, alisado, detección y control de placa, topicación con flúor y enseñanza de técnicas de higiene oral. Se reconocerá una vez por año. Incluye los códigos 0501 y 0502. No es necesario para su reconocimiento la confección de la ficha periodontal. En caso de que haya que hacer un código 0803 o 0804 de un sector y el 0802 del resto de la boca, se podrá hacer solicitando autorización previa a la auditoría de Swiss Medical a través de la auditoría de la Federación.
- 08.03 Tratamiento de periodontitis destructiva leve o moderada.**
Bolsas de hasta cinco milímetros. Se aceptan seis sectores en toda la boca. Se reconocerá con ficha periodontal completa, con Rx preoperatoria de cada sector (cuyo valor se factura aparte) y cada veinticuatro meses.
- 08.04 Tratamiento de periodontitis destructiva severa.**
Bolsas de seis milímetros o más. Se aceptan seis sectores en toda la boca. Se reconocerá con ficha periodontal completa, con Rx preoperatoria de cada sector (cuyo valor se factura aparte) y cada veinticuatro meses.
- 08.05 Desgaste selectivo. Armonización oclusal.**
- 08.07 Terapia de mantenimiento.**
Se reconocerá cada seis meses.

CAPITULO IX - RADIOLOGIA.

Norma General: Toda Rx se debe presentar en papel celuloide transparente o celofán ubicada correctamente, con nombre, apellido y número de afiliado del paciente; nombre y apellido del prestador, más el informe respectivo. La corrección en la presentación estará dada además por la correcta angulación, definición, centrado, contraste, revelado y fijado, para posibilitar una correcta y fácil interpretación. No siendo de ésta manera, será causa suficiente para no reconocer la práctica o ser devuelta para su cumplimentación.

- 09.01.01 Radiografía periapical.**
Se admiten como máximo cuatro veces la misma. De cinco a siete películas se facturará como 090104. De ocho a nueve películas se facturará como 090104 más uno o dos 090101, según corresponda. De diez a catorce películas se facturará como 090105.
- 09.01.02 Radiografía Bitewing.**
- 09.01.03 Radiografía oclusal.**
Seis por ocho centímetros.
- 09.01.04 Radiografía media seriada.**
- 09.01.05 Radiografía seriada.**
- 09.02.01 Extrabucales. Primera exposición.**
- 09.02.02 Extrabucales. Exposición subsiguiente.**
- 09.02.03 Articulación témporo mandibular.**

- 09.02.04 Ortopantomografía.**
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.
- 09.02.05 Teleradiografía cefalométrica.**
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.
- 09.02.06 Sialografía.**
- 09.05 Estudios cefalométricos.**

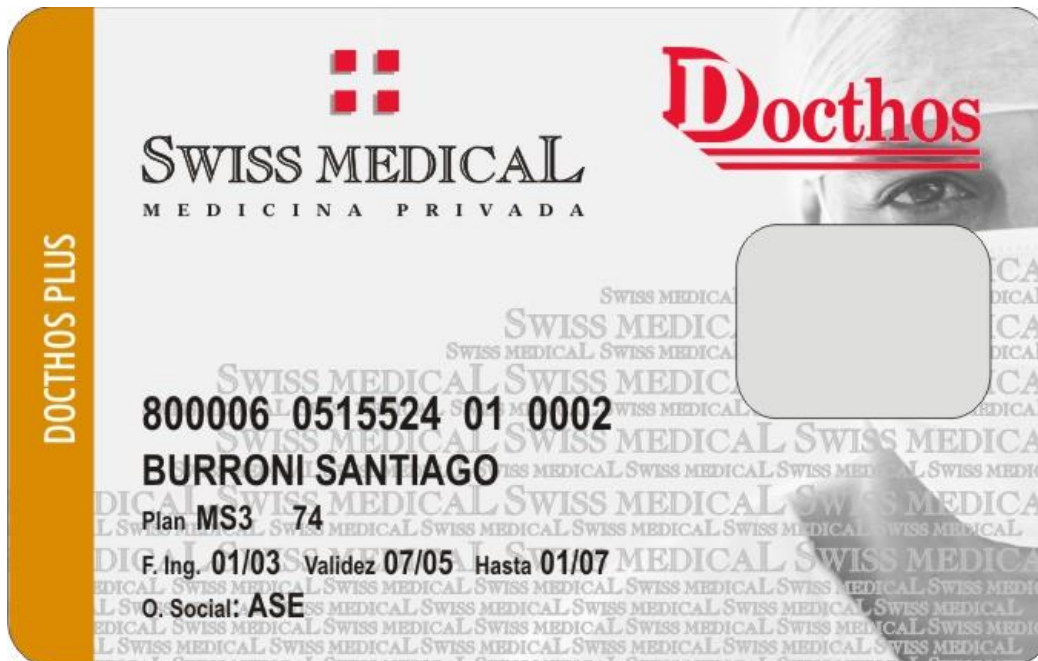
CAPITULO X - CIRUGIA.

Para las prácticas de éste capítulo, la Obra Social podrá solicitar la documentación que estime necesaria (ficha, 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.**
- 10.02 Plástica de comunicación buco sinusal.**
Como riesgo previsto simultáneamente a la extracción.
- 10.03 Biopsia por punción o aspiración.**
No incluye estudio anatomopatológico. Se reconocerá adjuntando historia clínica y resultado de laboratorio de análisis.
- 10.04 Alveolectomía estabilizadora por zona. Seis zonas.**
Seis sectores. Se deben presentar Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado.
- 10.05 Reimplante dentario.**
Se deben presentar Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado.
- 10.06 Incisión y drenaje de abscesos por vía intrabucal.**
- 10.07 Biopsia por escisión.**
- 10.08 Alargamiento quirúrgico de la corona clínica.**
- 10.09.01 Extracción de piezas en retención mucosa.**
Se deben presentar Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado.
- 10.09.02 Extracción de piezas en retención ósea.**
Se deben presentar Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado.
- 10.10 Germectomía.**
Se deben presentar Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado.
- 10.11 Liberación de dientes retenidos.**
Se reconocerá con Rx preoperatoria, que se factura por separado.
- 10.12 Apicectomía - Radectomía.**
Se deben presentar Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado.

- 10.13 Tratamiento de osteomielitis.**
Se deben presentar Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado.
- 10.14 Extracción de cuerpos extraños o restos radiculares.**
Se deben presentar Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado.
- 10.15 Alveolectomía correctiva por zona. Seis zonas.**
Por seis sectores. Se deben presentar Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado.
- 10.16 Radectomía.**
- 10.17 Frenectomía.**
- 10.19 Extirpación de quiste pequeño.**
- 10.20 Extirpación de Epulis.**

Credenciales DOCTHOS (PLANES BASICO Y PLUS)
SIN COBERTURA DE ODONTOLOGIA



NORMAS PARA ORTODONCIA – ORTOPEDIA

1. El ortodoncista deberá averiguar el alcance de cobertura al Departamento de Administración de Autorizaciones vía correo electrónico, a los correos de Paula.Antinori@swissmedical.com.ar o a RamiroDamian.Petriello@swissmedical.com.ar , debiendo recibir dentro de las 72 horas hábiles una respuesta a la solicitud.
2. Enviar a vanesag@swissmedical.com.ar el pedido de autorización del tratamiento con la siguiente información, a) Número de preautorización generado por el sector de alcance de cobertura, b) Datos completos del asociado (número de socio, apellido y nombre) y c) Plan o etapa de tratamiento a realizar/autorizar. En 72 horas hábiles deberá tener respuesta.
3. Se aceptará el inicio del tratamiento de Ortodoncia - Ortopedia exclusivamente con la autorización de la Auditoria de Ortodoncia de **Swiss Medical S.A.**
4. En caso de interrupción o abandono por parte del paciente, el prestador deberá notificarlo en forma fehaciente a la Auditoria de Ortodoncia de inmediato. Se considera abandono de tratamiento pasados los sesenta (60) días sin control ortodóncico. Debe quedar además asentado en el protocolo del paciente. La Auditoria determinará continuidad de tratamiento.
5. El prestador que inicie un tratamiento queda obligado a continuar con la asistencia del afiliado, hasta su finalización. De no continuar con sus servicios y previa comunicación fehaciente con sesenta días de anticipación, se le descontará la totalidad de lo abonado por los tratamientos en curso.
6. **Condiciones particulares de la Federación**
 - 1) La Federación debe presentar un listado actualizado de los profesionales dedicados a la atención de Ortodoncia-Ortopedia, avalado por el titular de la Entidad, con el C.V. de cada odontólogo incluido. La documentación se recibirá en Arenales 1818 Entrepiso (1124) Capital Federal.
 - 2) Toda incorporación o desvinculación de profesionales debe ser informada a **Swiss Medical S. A.** por fax al (011) 5239-7363, remitiendo posteriormente los C.V. y fotocopia de los títulos y matrículas para su evaluación y autorización.
 - Son a cargo del afiliado la compostura o reposición de parte o de la totalidad de la aparatología, en caso de rotura o pérdida de la misma, según los siguientes códigos y aranceles:

Código	Concepto
06.03.02	Brackets transparentes
06.03.03	Reposición de brackets metálicos (c/u)
06.03.04	Reposición de brackets estéticos (c/u)
06.05.01	Reposición de Aparato de contención c/u
06.07.01	Pérdida del aparato
06.07.77	Reposición banda aparatología fija c/u
06.08.01	Compostura de ortodoncia
06.08.02	Compostura de aparatología removible
06.08.03	Readaptación aparatología removible

- Los afiliados abonarán un copago mensual más IVA si correspondiera, según la cobertura en ortodoncia que posea su plan

La copia de la primera hoja del protocolo se enviará a Swiss Medical S.A. (Arenales 1818 - E/p C.P. 1124 - Buenos Aires) para la liquidación de la facturación, en cada una de las tres etapas.

NORMA PARA ATENCION PACIENTES ESPECIALES

Estas normas rigen para los afiliados a **Swiss Medical S. A.**

La modalidad de liquidación es la siguiente:

Valor de las prestaciones por convenios por 2 (es decir el doble de lo pactado por convenio vigente) más código 991000 (Atención en quirófano pacientes especiales), valorizado a \$2.137,00.-

Solicitar autorización a la Auditoría Odontológica

Dra. Gabriela Josifovich - gabriela.josifovich@swissmedical.com.ar

Dr. Leandro Pagani - leandro.pagani@swissmedical.com.ar

Dr. Pablo Garcia - pablo.garcia@swissmedical.com.ar

Dra. Ibis Moreno - ibis.moreno@swissmedical.com.ar

Odontología General:

Deberá colocarse en la ficha odontológica la palabra **Discapacidad** a los efectos que el Sistema duplique los valores de las prestaciones realizadas.

Ortodoncia:

Deberá colocarse en la solicitud de Autorización del tratamiento la palabra **Discapacidad** a los efectos que Auditoría de Ortodoncia lo autorice y el Sistema duplique los valores.

En el caso de prestaciones realizadas en quirófano deberá facturarse el **Código 991000** más los códigos de las prestaciones efectuadas. Deberá solicitar autorización a la Auditoría.