

### Normas de Trabajo-Convenio F.O.R.N.-ASSIST DENT GROUP S.A.

**ACREDITACIÓN:** El beneficiario deberá pedir turno y/o presentarse con documento de identidad. La validación del mismo se realiza a través del link

<http://200.61.163.1:7777>

al que accederá con su número de prestador (que deberá colocar tanto en USUARIO como en CONTRASEÑA). Allí deberá ingresar el DNI del paciente, para validar on-line tanto el Plan al que está adherido como su condición de activo o inactivo en tiempo real.

Deberá confirmar que el afiliado esté activo en cada concurrencia al consultorio para poder brindarle las prestaciones.

En la sección Afiliados - Validar, coloca sólo el DNI del socio (es también su número de afiliado). Podrá observar su plan y estado en tiempo real:

Estados: **Activo** - puede realizar todas las prestaciones incluidas en su plan

**Activo con servicio limitado** - puede acceder sólo a consulta de urgencia. Se encuentra moroso y debe regularizar su situación.

**Inactivo** - se encuentra dado de baja.

\*Recuerde colocar el número de transacción obtenido en cada validación, en la ficha.

**2. PRÁCTICAS CUBIERTAS:** Cubre las prácticas detalladas en el cuadro de Cobertura. - Límite de prestaciones: 2 (dos) códigos mensuales por afiliado.

**3. ARANCELES:** Prácticas Cubiertas, de acuerdo al Plan, según arancel adjunto. Las prácticas no incluidas en cada plan, las cobra directamente el profesional. Kit de bioseguridad COVID-19: no integra la cobertura, quedando a cargo del afiliado.

**4. AUTORIZACIONES:** Pueden ser solicitadas tanto por el profesional como por el beneficiario.

Las prácticas que requieren autorización se especifican en el arancel adjunto y se solicitan enviando una orden completa (que incluya datos del afiliado, tratamiento indicado, fecha, firma y sello) por correo electrónico a [autorizaciones@assistdentgroup.com](mailto:autorizaciones@assistdentgroup.com).

Con respecto a las prácticas con carencia (prótesis, implantes, ortodoncia y blanqueamientos), deberá solicitar la autorización en forma previa enviando la documentación detallada en el Anexo 'Autorizaciones' a dicho mail. Debe recibir un comprobante de autorización firmado por auditoría antes de iniciar el tratamiento. No se autorizan cobros por material descartable o coseguos.

### CAPITULO I - CONSULTAS.

- 01.01 Consulta. 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. Siempre se deben establecer los motivos de la misma y marcar zonas o piezas afectadas.Ej.: punción y drenaje de absesos, estomatitis, cementado de coronas y puentes, hemorragias, alveolitis, etc.

## **CAPITULO II - OPERATORIA DENTAL.**

**Norma General:** No se podrá facturar la extracción de una pieza hasta transcurrida la duración mínima establecida para cada código. Se podrá facturar sólo un código por pieza. Se establece una duración mínima de dos (2) años por cara tratada. Una nueva caries en otra cara podrá facturarse después de transcurrido un año.

- 02.02 Restauraciones. Cualquier tipo. Simples.**
- 02.15 Restauraciones. Cualquier tipo. Compuestas o complejas.**

## **CAPITULO III - ENDODONCIA.**

- 03.01 Tratamiento de un solo conducto.**
- 03.02 Tratamiento de dos o más conductos.**
- Se reconoce un código por pieza cada dos años, si lo factura el mismo profesional.Para el reconocimiento de éstos tratamientos se requierenRx pre y post operatorias. El valor de las Rx se encuentra incluido en el arancel del código.A fines de reconocer untratamiento 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 al sólo efecto de su reconocimiento.
- 03.05 Biopulpectomía parcial.**  
Se requieren Rx pre y post operatorias, incluidas en el arancel del código.Se reconoce en pacientes de hasta quince años y no se reconocerá otra práctica endodóntica con su restauración coronaria hasta un año después de efectuada la misma, si es realizada por el mismo profesional.
- 03.06 Necropulpectomía parcial.**

Se requieren Rx pre y post operatorias, incluidas en el arancel del código, y sólo en posteriores permanentes. No se reconocerá otra práctica endodóntica con su restauración coronaria hasta un año después de efectuada la misma, si es realizada por el mismo profesional.

## **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.
- 07.04 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.

## **CAPITULO VIII - PERIODONCIA.**

- 08.01 Consulta de estudio. Diagnóstico y pronóstico.**  
Incluye la confección de una ficha periodontal completa e incluye el 0101.
- 08.03 Tratamiento de periodontitis destructiva leve o moderada.**  
Bolsas de hasta cinco mm. Se aceptan seis sectores en la boca. Se requiere ficha periodontal completa, Rx preoperatoria de cada sector (se factura aparte) y cada veinticuatro meses.
- 08.04 Tratamiento de periodontitis destructiva severa.**  
Bolsas de seis mm o más. Se aceptan seis sectores en la boca. Se requiere ficha periodontal completa, Rx preoperatoria de cada sector (se factura aparte) y cada veinticuatro meses.

## **CAPITULO IX - RADIOLOGIA**

**Norma General:** Las Rx deben presentarse en sobre adecuado a su tamaño, con el nombre, apellido y número de afiliado del paciente, y datos del prestador, más el informe respectivo. La Rx debe tener una correcta angulación, definición, centrado, contraste, revelado y fijado, para posibilitar su correcta interpretación. De no cumplir éstas pautas, será causa suficiente para no reconocer la práctica o ser devuelta para su cumplimentación.

- 09.01.01 Radiografía periapical.**
- 09.02.04 Radiografía panorámica.**

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.

## **CAPITULO X - CIRUGIA.**

Para las prácticas de éste capítulo, la auditoría podrá solicitar la documentación que estime necesaria (ficha dental, 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 simple**

**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.

**10.06 Incisión y drenaje de abscesos por vía intrabucal.**

**10.09.02 Extracción de piezas con retención ósea.**  
Se debe presentar Rx pre y post operatoria, que se facturan por separado.

ASSIST DENT GROUP - PLANES

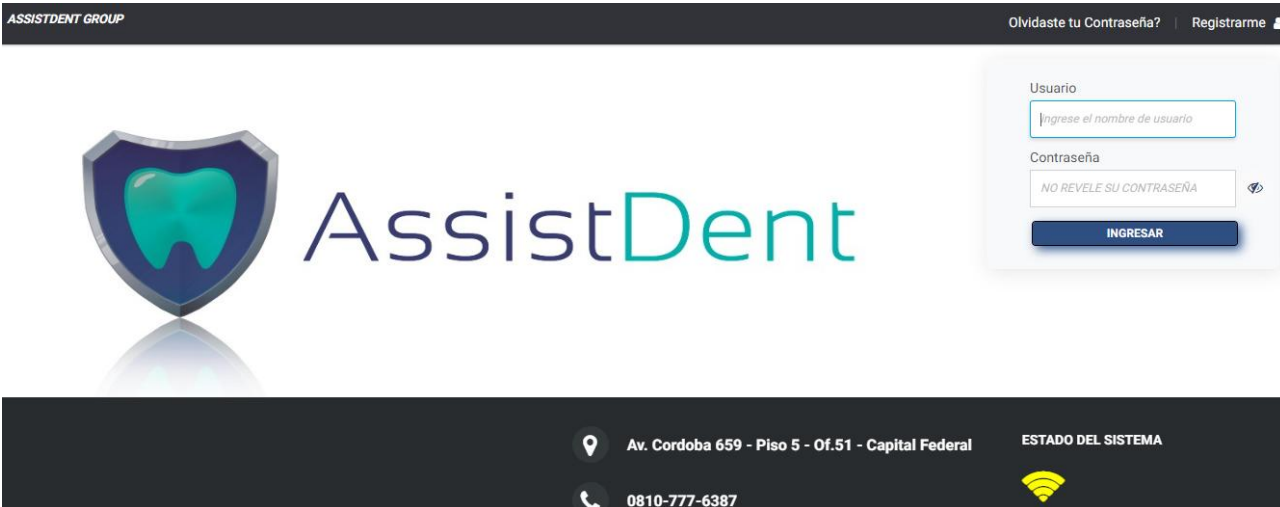
CAPITULO	CODIGO	DESCRIPCION	PLAN INICIAL/SILVER	PLAN MAYOR/JUBILADOS	PLAN SUPERIOR/GOLD	PLAN PLATINO/RUBI	PLAN TOTAL/PREMIUM
CONSULTAS	01.01	Examen-Fichado-Diagnostico-Plan de tratamiento	✓	✓	✓	✓	✓
	01.04	Consulta de urgencia diurna en consultorio	✓	✓	✓	✓	✓
OPERATORIA	02.01	Obturacion con amalgama. Cavidad simple		✓	✓	✓	✓
	02.02	Obturacion con amalgama. Cavidad compuesta y compleja		✓	✓	✓	✓
	02.05	Obturacion con resina de fotocurado. Cavidad simple		✓	✓	✓	✓
	02.06	Obturacion con resina de fotocurado. Cavidad compuesta		✓	✓	✓	✓
	02.08	Obturacion con resina de fotocurado. Cavidad compleja			✓	✓	✓
	03.01	Tratamiento Unirradicular. C/ autorización. Rx Incl.			✓	✓	✓
ENDODONCIA	03.02	Tratamiento Multirradicular. C/autorización. Rx Incl.			✓	✓	✓
	03.05	Biopulpectomía parcial. Incluye Rx			✓	✓	✓
	3.06	Necropulpectomía parcial - Momificación. Rx Incl.			✓	✓	✓
ODONTOPE- DIA- TRIA	07.01	Motivación hasta 13 años			✓	✓	✓
	07.04	Tratamiento de dientes primarios con formocresol. Rx incl.			✓	✓	✓
PERIODONCIA	08.01	Consulta estudio diagnostico pronostico			✓	✓	✓
	08.03	Tratamiento periodoncia destr. leve/mod. por sector. Rx incl.			✓	✓	✓
	08.04	Tratamiento periodoncia destr. severa mod. por sector. Rx incl.			✓	✓	✓
RADIOLOGIA	09.01	Periapical simple	✓	✓	✓	✓	✓
	09.05	Pantomografía. C/Autorización		✓	✓	✓	✓
CIRUGIA	10.01	Extracción dentaria	✓	✓	✓	✓	✓
	10.02	Plast. Com.-bucosinusal			✓	✓	✓
	10.03	Biopsia por punción o aspiración. C/Autorización			✓	✓	✓
	10.06	Incisión y drenaje de abscesos por vía intb.			✓	✓	✓
	10.09	Extracción de piezas dentarias en retención ósea. Rx Incl. C/Autorización			✓	✓	✓
	10.09.01	Extracción de piezas dentarias en retención mucosa. C/Autorización			✓	✓	✓

Límite de prestaciones mensuales: 2 códigos

**METODO DE VALIDACION**

1) Al aceptar brindar su servicio a los afiliados de nuestra cobertura, a través de la Federación Odontológica de Río Negro, se le otorga a cada profesional un código de prestador

2) Colocar el código de prestador como USUARIO y CONTRASEÑA en el siguiente link <http://200.61.163.1:7777>



3) Encontrará en el menú, a la izquierda de la pantalla la opción **Afiliados**, ingrese a **Validar**.



4) Seleccionar el **Tipo de Doc.:** DNI e ingrese el **número de DNI del afiliado**, luego haga clic en **Validar**.

Le permitirá constatar su estado y plan, antes de cada consulta (en tiempo real).

### Validación de Afiliados

Tipo Doc. Documento CUIL Número De Afiliado Barra

D.N.I. 279000200 CUIL: [ ] Número De Afiliado: [ ] Barra: [ ]

Limpiar Validar

Transacción	Apellido y nombres	Tipo Doc.	Num Doc.	CUIL	Estado	Provincia	Localidad
1099	ADAMEK EDUARDO	D.N.I.	279000200	20-279000200	Activo	San Luis	SAN LUIS

Cobertura	Práctica	Requiere Autorizacion

No se encontraron registros.

### Validación de Afiliados

Tipo Doc. Documento CUIL Número De Afiliado Barra

D.N.I. 279000200 CUIL: [ ] Número De Afiliado: [ ] Barra: [ ]

Limpiar Validar

Tipo Doc.	Num Doc.	CUIL	Estado	Provincia	Localidad	C.Post...	Plan
D.N.I.	279000200	20-279000200	Activo	San Luis	SAN LUIS	5700	Plan Total

Cobertura	Práctica	Requiere Autorizacion

No se encontraron registros.

Activar Windows  
Ve a Configuración para activar Windows

Si llegara a aparecer, en el momento de validar al afiliado, la leyenda “**SERVICIO LIMITADO**”, tenga en cuenta que sólo podrá realizar consulta de Urgencia.

Al no ser motivo de urgencia la consulta, por favor indicarle al paciente que se comunice con nosotros (0810-777-6387/ 5263-5146/ 11-5704-2890 WhatsApp) así le explicamos el motivo de dicho estado.

Le recomendamos colocar en la planilla de rendición de consultas, en la ficha o en el documento donde presente la facturación correspondiente, el **código de Transacción** de cada validación.

**Validación de Afiliados**

Tipo Doc. Documento CUIL Número De Afiliado Barra

D.N.I. 29- Limpiar Validar

Transacción	Apellido y nombres	Tipo Doc.	Num Doc.	CUIL	Estado	Provincia	Localidad
2115	DIEGO FER	D.N.I.	29	20-29	Activo	Buenos Aires	FLORENCIO V.

Cobertura	Práctica	Requiere Autorizacion
SERVICIO LIMITADO	Consulta de urgencia diurna en consultorio [01.04]	NO

Cualquier duda que tenga respecto a las Normas de trabajo, método de facturación; puede contactarse con la **Federación Odontológica de Río Negro**.

En cuanto a validación de afiliados podrá contactarnos a través del mail [prestadores@assistdentgroup.com](mailto:prestadores@assistdentgroup.com) ó al 11-2298-1478 (llamadas o WhatsApp), de lunes a viernes de 09 a 18 hs.