

## Anexo II

# GALENO ARGENTINA S.A.

### NORMAS OPERATIVAS Y DE FACTURACION PARA ODONTOLOGIA

1. IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO
- 1.1 Al momento de la asignación de un turno EL PROFESIONAL deberá solicitar al asociado los siguientes datos:
- 0 Nombre y Apellido
  - 0 Numero de Socio
  - 0 Plan
  - 0 Documento de Identidad (de considerarse necesario)
- 1.2 En la consulta EL PROFESIONAL, quien está habilitado para atender los planes vigentes, deberá solicitar al asociado la presentación de la credencial que lo acredite como tal según modelos anexos. En ella deberá observar la fecha de vigencia de la credencial
- 1.3 De considerar EL PROFESIONAL necesaria la verificación de la identidad del portador de la Credencial, podrá exigir la presentación de DNI o Cédula para corroborar los datos.
- 1.4 En caso de duda solicitar acceso para la validación de asociados a [ufiseshector.arizabatol@galenoargentina.com.ar](mailto:ufiseshector.arizabatol@galenoargentina.com.ar) y/o [gabrielcandocmartins@galenoargentina.com.ar](mailto:gabrielcandocmartins@galenoargentina.com.ar) llamando al 4321-4005 ó 4321-3991 de 10 a 17 hs. y fuera de ese horario al (011) 4850-6482. Registrar fecha, hora y nombre de la persona que responde.

## 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 especialidad y radiología que deberá contar con la derivación correspondiente de un profesional perteneciente a la Red.
- 2.2 **Paciente de Primera vez**
- 2.2.1 Dado que esta ficha causal refleja el estado bucodental del paciente al momento de la consulta, en el odontograma se registrará **todos los tratamientos realizados anteriormente en rojo y los tratamientos a realizar en azul**. Asimismo se deberá consignar claramente:

- 0 Fecha
- 0 Apellido y Nombre del Profesional Actuante y Número de Prestador
- 0 Nombre y Número de prestador del Titular del convenio.
- 0 Apellido y Nombre del Paciente
- 0 Número de Asociado a GALENO ARGENTINA S.A.
- 0 Plan
- 0 Domicilio, Localidad, Código Postal y Teléfono
- 0 Fecha de Nacimiento
- 0 Firma del Paciente u responsable
- 0 Firma y sello del profesional actuante

### 2.3 Atención Programada

- 2.3.1 Para la liquidación de todas las prestaciones, incluida la consulta y fichado (O.I.B.U.), se utilizará la ficha de liquidación. Para la presentación de las prácticas realizadas, EL PROFESIONAL deberá registrar en el odontograma la/s pieza/s tratadas.
- 2.3.2 El Odontólogo registrará, en el reverso de la ficha de liquidación, el **código de prestación, número de pieza y curas**. No se liquidarán prestaciones que con una firma cruzada abarque varios renglones. No se admitirán ningún tipo de tachas o enmiendas o uso de correctores. El Profesional certificará con su firma y sello la ficha de prestaciones  
*Completará en la Ficha de Prestaciones los datos correspondientes al profesional, nombre y número de prestador, y datos del paciente, nombre, teléfono, edad, número de asociado y plan.*
- 2.3.3 El Odontólogo no deberá presentar prestaciones si las mismas aún no han sido realizadas o las mismas se encontrasen incompletas. Asimismo 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.
- 2.3.4 Más de **cuatro prestaciones** por mes en odontología general y más de **dos sectores** por mes en Periodoncia (solo para especialistas), requerirán autorización previa por parte de la auditoría, por lo que el PROFESIONAL deberá remitir un mail a [odontologia.coordinacion@galenoargentina.com.ar](mailto:odontologia.coordinacion@galenoargentina.com.ar) informando Historia Clínica completa, prácticas efectuadas y motivo de la solicitud. Las radiografías extraorales y seriadas poseen normativas específicas tanto para su prescripción como para su realización, por lo que deberá consultar el instructivo respectivo.
- 2.4 Los profesionales habilitados para efectuar prestaciones y liquidar a GALENO ARGENTINA S.A. son exclusivamente los que poseen contrato en forma directa o 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 GALENO ARGENTINA S.A. o en otra dirección que no sea la habilitada por GALENO ARGENTINA S.A. como así también, la realización de prácticas de especialidad sin el título habilitante correspondiente.

### 3. DERIVACIONES

- 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 **GALENO ARGENTINA 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 deberá proceder a la confección de la ficha de liquidaciones, completando solamente los datos solicitados en el anverso de la misma. **EL PROFESIONAL** no podrá facturar por esta derivación el código 01.HI  
Deberá adjuntar copia de la orden de derivación y diagnóstico presuntivo.
- 3.3. **EL PROFESIONAL** debe informarse acerca de los colegas especialistas que figuran en la cartilla para realizar las respectivas derivaciones, las que deben hacerse por escrito en un recetario oficial, firmado por el profesional derivante y sellado. Acompañado de la Rx de diagnóstico e indicando motivo de la derivación y/o diagnóstico presuntivo.
- 3.4. Con la intención que los recursos de los especialistas sean correctamente utilizados, **GALENO ARGENTINA S.A.** efectuará un control de las derivaciones y aplicará las acciones correctivas que considere oportunas, sobre el profesional derivante. Las posibles desviaciones observadas son:
- Derivación a endodoncia de Restos Radiculares, con indicación de exodoncia. O con pronóstico periodontal reservado.
  - Derivación donde no coincide la práctica solicitada con la patología a resolver.
  - Derivación a Cirugía de Restos Radiculares o exodoncias simples que deberá realizar el odontólogo general
  - Derivación a radiología sin diagnóstico presuntivo

### 4. ARANCELES

- 4.1. Estarán 100% a cargo de **GALENO ARGENTINA S.A.** según Nomenclador de Prestaciones del ANEXO IV y normas de Auditoría del ANEXO III.

### 5. CONFECCION Y PRESENTACION DE LAS RENDICIONES DE PRESTACIONES

- 5.1. **EL PROFESIONAL** remitirá a **GALENO ARGENTINA S.A.** la ficha catastral completa y 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 Fichas: Catastrales, Ficha de Liquidación, la Planilla de Resumen por Profesional, se presentarán por categoría de valor, donde indicará la cantidad de fichas por plan y el subtotal correspondiente, serán presentada o enviada por correo a **GALENO ARGENTINA S.A** Elvira Rawson Dellepiane 150 Capital Federal CP 1107 antes de los primeros cuatro (4) días hábiles de cada mes. Interior presentadas en la sucursal correspondiente a su localidad, considerando los primeros 8 días de cada mes como tiempo límite para el ingreso mensual de la factura. Luego de ese lapso la facturación ingresará automáticamente al período posterior.
- 5.3. 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*
- 5.4. **GALENO ARGENTINA S.A.**, una vez efectuados los controles pertinentes, realizará los ajustes que correspondiere, ajustando el detalle de los mismos.
- 5.5. Las refacturaciones deberán ser presentadas en las mismas fechas que las vigentes para las facturas, y serán abonadas por **GALENO ARGENTINA S.A.**, si corresponde, como si se tratase de una factura. *No podrán superar los 120 (ciento veinte) días de la fecha de prestación Deberán ser presentadas dentro de los 30 días de notificado el débito.*  
Debiendo confeccionar una nueva ficha, aclarando en color ROJO en la parte de Observaciones que se trata de una REFACTURACION. Completando los datos correspondientes al profesional, nombre y número de prestador, y datos del paciente, nombre, teléfono, edad, número de asociado y plan.  
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.
- 5.6. El pago de la facturación será emitido por **GALENO ARGENTINA S.A** y se efectivizará a los 45 (cuarenta y cinco) días de recibida la misma, según valores del nomenclador **GALENO ARGENTINA S.A** vigentes al momento de efectuada la prestación.
- 5.7. El pago se efectuará mediante cheque en Elvira Rawson de Dellepiane 150 de 10 a 17 hs. según cronograma de pago o mediante transferencia en cuenta de bancaria para lo cual se le enviará la información correspondiente.
- 5.8. En caso de poseer habilitado más de una línea de planes de **GALENO ARGENTINA S.A.**, y si bien las normas son comunes a todos los planes, los valores de prácticas son específicos para cada plan, debiendo el profesional respetar esta tabla de aranceles, el cubro de copago (de corresponder) y la presentación de la facturación en forma independiente. El Anexo IV posee el nomenclador diferencia por plan.



IDENTIFICACIÓ  
N  
CORPORATIVO  
IBM



IDENTIFICA  
CIÓN  
CORPORAT  
IVO  
ADECCO  
SPECIALITI  
ES



IDENTIFICACIÓN  
CORPORATIVO  
LENOVO

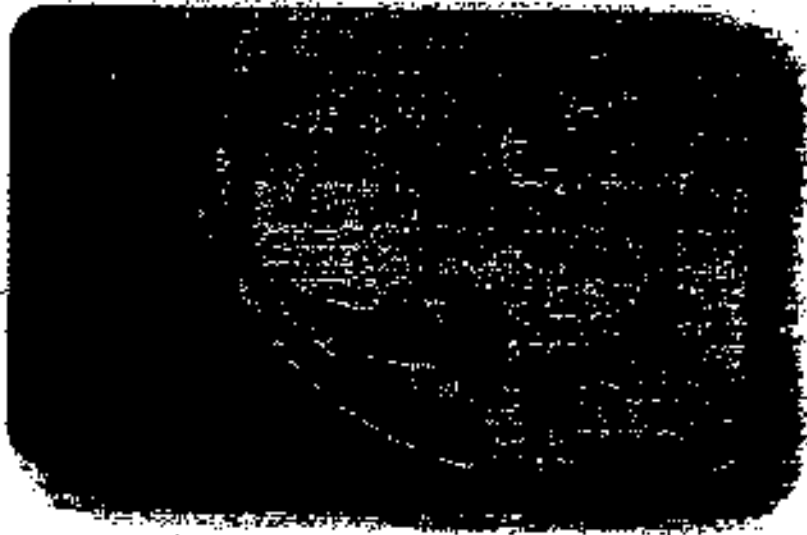


IDENTIFICACIÓN  
CORPORATIVO-INFOPRINT  
SOL COMPANY

IDENTIFICACION  
CREDENCIA  
PLAN GALENO  
GL. 250



IDENTIFICACION  
CREDENCIA  
PLAN GALENO  
AZUL. 200



### Anexo III

#### Normas para la prestación Odontológica

#### GALENO ARGENTINA S.A.

#### 01.01- Examen - Diagnóstico - Fichado - Plan de Tratamiento

#### Incluye Consulta de Urgencia para tratamiento en horario de consultorio

Este código incluye examen, diagnóstico y plan de tratamiento. Se considera como primera consulta y comprende la confección de historia clínica odontológica básica que refleje el estado general del paciente. Para su reconocimiento deberá confeccionarse la ficha liquidación indicando en OBSERVACIONES "FICHA CATASTRAL".

El beneficiario deberá consignar su firma otorgando así el consentimiento necesario para autorizar el comienzo del tratamiento integral. Así también debe realizarlo el profesional actuante certificando que ha informado debidamente al paciente sobre el tratamiento a realizar, sus complicaciones y/o posibles técnicas alternativas.

Dicha práctica se reconocerá únicamente a comienzo del tratamiento.

Los especialistas no pueden facturar las consultas. Si por errores en la derivación no realizan la práctica derivada deben solicitar autorización a ALPHA AQMEGA para facturar una consulta de "Tratamiento no Realizado".

Si el paciente no recibió anteriormente atención debe ser indicado en Observaciones, como así también todo dato de importancia que considere el profesional actuante.

#### 01.04 - Consulta de Urgencia fuera del horario de consultorio.

Se considera consulta de urgencia a toda consulta sin turno previo tendiente a paliar el dolor agudo como ser: Pericoronaritis, Estomatitis, Drenajes de abscesos, hemorragias, Alveolitis, etc., y la resolución de problemas estéticos como ser recomendado de coronas o puentes. La misma 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 y durante el período de tratamiento con dicho profesional. Este código no es reconocido si se liquidó una práctica el mismo mes.

DETALLE
Apertura y Obturación Provisiona
Drenaje de Absceso y medicación
Cementado de Corona
Cementado de Puente, Perno y Corona
Radiografía Periapical
Extracción Simple o de Restos radiculares
Ferulización de Piezas (por Pieza)

- Incluye hasta dos consultas por patología
- Las reparaciones protéticas son a cargo del socio
- Una vez resuelta la urgencia, el paciente debe ser orientado hacia su profesional de cabecera para la restauración definitiva.



Incluye hasta 3 consultas. Se reconoce por única vez, solo para menores de ocho años. Incluye el código 01.01. No se autoriza la facturación de este código conjuntamente con prácticas del capítulo II, III y tratamientos de Formocresol.

- 07.06 - Reducción de luxación con inmovilizaciones dentarias**  
Se reconocerá por única vez en la misma pieza dentaria.

## **CAPITULO VIII - PERIODONCIA**

- 08.01 - Consulta de Estudio Diagnóstico y Plan de tratamiento**

Incluye la confección de la ficha periodontal respectiva la cual deberá acompañar exclusivamente a los códigos 08.03 y 08.04, incluidos en este capítulo. Se reconocerá una vez por año. Esta incluido el 01.01.

- 08.02 - Tratamiento de la Gingivitis Marginal Crónica**

Incluye los códigos 08.01 y 08.01. Se liquida con ficha periodontal completa y Rx. Periapical. Se factura por maxilar y se reconocerá una vez por año. Comprende: Tartrectomía, raspaje, control de placa, enseñanza de cepillado, evaluación y terapias fluoradas.

- 08.03 - Tratamiento de la Periodontitis leve o Moderada.**

Incluye los códigos 08.01.-08.02.-08.05. Comprende Raspaje y alisado radicular, eventual gingivectomía y colgajo y terapia fluorada. Se reconocerá con radiografías pre-operatorias y ficha periodontal debidamente confeccionadas y ante la presencia de bolsos hasta 6 mm.

Se reconocerá cada 2 (dos) años. La liquidación del Código 08.51.00 (mantenimiento) difiere la garantía de este código por 6 (seis) meses.  
Se Liquidará por pieza sector.

- 08.04 - Tratamiento de la Periodontitis Destruct. Severa.**

Incluye los códigos 08.01 08.03 08.05 más eventual cirugía mucogingival. Se reconocerá con radiografías pre-operatorias y ficha periodontal debidamente confeccionadas ante la presencia de bolsos de más de 6mm.

Se reconocerá cada 2 (dos) años. Práctica exclusiva para especialistas. La liquidación del Código 08.51.00 (mantenimiento) difiere la garantía de este código por 6 (seis) meses.  
Se Liquidará por sector.

- 08.05 - Desgaste Selectivo.**

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**

- 09.01.01 Periapical**

Toda Rx. debe ser presentada en porta película donde conste el nombre, apellido y nro. de asociado. La misma será acompañada del informe respectivo, definición, centrado, contraste, revelado y fijado correcto para su fácil interpretación.

La falta de cualquiera de estos requerimientos será causa suficiente para no reconocer la práctica o ser devuelta para su cumplimentación.

09.01.04. Media Serada de 7 (siete) películas.

09.01.05. Serada de 14 (catorce) películas.

De 5(cinco) a 7 (siete) películas se factura como código 09.01.04. si son de la misma arcada.

De 8 (ocho) a 9 (nueve) películas se facturará como código 09.01.04. más 1 (una) ó más 2 (dos) veces el código 09.01 según corresponda.

De 10 (diez) a 14 (catorce) películas se facturará como código 09.01.05

## **CAPITULO X – CIRUGIA**

### **10.01 - Exodoncia**

No se reconoce esta práctica en la pieza que haya sido facturada por el mismo profesional por los códigos del capítulo I y II, si se encuentran dentro del período de garantía.

Las exodoncias en dientes primarios se reconocen si no se encuentran en el período de exfoliación normal y cuando persista, por lo menos en 50% de la raíz con Rx preoperatoria.

### **10.02 - Plástica de comunicación bucosinusal como riesgo previsto simultáneo a la extracción**

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

### **10.03 - Biopsia**

No incluye estudio anatomopatológico

### **10.05 - Reimplante Dentario.**

No incluye Tratamiento endodóntico. Acompañar con detalle de Historia Clínica. Por única vez, por pieza.

### **10.06 - Incisión y drenaje de absceso por vía intrabucal**

Debe acompañarse con detalle de Historia Clínica.

### **10.07 - Biopsia por escisión**

No incluye estudio anatomopatológico

### **10.08 - Alargamiento quirúrgico de la corona clínica**

No se reconoce en caso de tratamientos protéticos. Adjuntar Rx Pre y Post-operatoria.

### **10.09 - Extracción de diente con retención ósea.**

Incluye Rx. pre y post operatoria. Práctica exclusiva para especialistas

### **10.09.01 - Extracción de diente con retención Mucosa.**

Incluye Rx. pre y post operatoria.

### **10.10 - Germectomía**

Incluye Rx. pre y post operatoria. Práctica exclusiva para especialistas

### **10.11 - Liberación de Dientes Retenidos.**

Incluye Rx. pre y para su reconocimiento deberá adjuntarse breve historia clínica que justifique la práctica.

### **10.12 - Apicectomía**

Incluye Rx. pre y post operatoria.

---

**Toda práctica no incluida dentro de este nomenclador, ni comprendida dentro del ANEXO V como práctica no cubierta, deberá contar con la autorización previa de GALENO ARGENTINA, para su realización.**

**Se podrán realizar dos (2) prácticas por paciente de los capítulos I,II,III,V,VII,VIII,IX,X, en caso de necesitar un mayor número de las mismas o bien aquellas que no estén incluidas en estos, deberán solicitar autorización previa a auditoría de GALENO ARGENTINA.**

---

**COBERTURA ODONTOLÓGICA ORTODONCIA**  
**NORMAS DE ATENCIÓN Y PROCEDIMIENTO**  
(Vigencia a partir del 01/07/2017)

**COBERTURA**

Planes

**Todos los planes Oro, Plata, Azules y Blancos con PMO a cargo de Galeno.** Dichos planes comprenden el resto de los planes no detallados en este instructivo (Ortodoncia Interceptiva para corrección de patologías progresiva en niños de 5 a 8 años inclusive) 100 %

**Corporativos: Empresa IBM – ADECCO SPECIALITIES – LENOVO- INFOPRINT SOL COMPANY (Galeno Oro-Plata) Hasta 14 años inclusive cualquier patología 100 %**

**Galeno 220/330/440/550 de 5 a 17 con 100 % de cobertura a cargo de Galeno.**

**Planes Galicia BG2/BG3/BG4/BG5 sin límite de edad. Cualquier patología 100% de cobertura a cargo de Galeno.**

**Planes ICBC1, ICBC2, ICBC3 e ICBC4 sin límite de edad. Cualquier patología 100% de cobertura a cargo de Galeno.**

**Corporativos: Empresa YPF**

- **Galeno Oro: CY, BC y AC 100 % de cobertura a cargo de Galeno hasta 18 años inclusive. Cualquier patología 100 %**
- **Planes Plata: BY y AY 100 % de cobertura a cargo de Galeno hasta 18 años inclusive. Cualquier patología 100 %**

**Plan Plata 250** Hasta los 17 años inclusive. Cualquier patología. Hasta 11.340 pesos

**Plan Azul 200** Hasta los 17 años inclusive. Cualquier patología. Hasta 10720 pesos

Alcance

- La cobertura de ortodoncia se brinda exclusivamente en prestadoras de cartilla habilitadas 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, Telorradiografía, hasta dos estudios cefalométricos y cinco fotos.
- En caso de abandonar o suspender el tratamiento, deberá notificarse a Auditoría 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. **Recuerde que el hecho de informar la baja del paciente es un hecho legal que protege al profesional de futuras denuncias con relación a la evolución y éxito del tratamiento.**



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 composituras, 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: A) No se de inicio al tratamiento dentro de los 45 días de recibida la autorización, B) dos meses consecutivos de inasistencia a los controles C) 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 auditoría 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 tres cuotas: una cuota inicial 40 %, media 30 % y final 30 %
- 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.

### 8- VALORES

Se adjunta cuadro de valores por tipo de tratamiento.

Los valores pueden modificarse en función a la cobertura del plan del asociado.

#### No posee cobertura:

Diferencia por materiales y brackets estéticos de porcelana

Reposición de brackets metálicos (c/u)

Reposición de brackets estéticos (c/u)

Reposición de bandas (c/u)

Reposición de Aparato Removible Simple, con impresiones, vaciado y mordida

Reposición de Aparato Removible Doble, con impresiones, vaciado y mordida constructiva.

Reposición de Aparatología de Contención C/U

CÓDIGO	DETALLE	Total	Inicial	Media	Final
06.01	Consulta Ortodoncia	\$1.101,00	\$ 1.101,00	-	-
06.02	Ortodoncia Removible	\$19.124,00	\$ 7.650,00	\$ 5.737,00	\$ 5.737,00

3- En caso que correspondiera, 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 composuras, 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: A) No se de inicio al tratamiento dentro de los 45 días de recibida la autorización, B) dos meses consecutivos de inasistencia a los controles C) 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 auditoría 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 tres cuotas: una cuota inicial 40 %, media 30 % y final 30 %.
- 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.

### 8- VALORES

Se adjunta cuadro de valores por tipo de tratamiento.

Los valores pueden modificarse en función a la cobertura del plan del asociado.

#### No posee cobertura:

Diferencia por materiales y brackets estéticos de porcelana

Reposición de brackets metálicos (c/u)

Reposición de brackets estéticos (c/u)

Reposición de bandas (c/u)

Reposición de Aparato Removible Simple, con impresiones, vaciado y mordida

Reposición de Aparato Removible Doble, con impresiones, vaciado y mordida constructiva.

Reposición de Aparatología de Contención C/U

CÓDIGO	DETALLE	Total	Inicial	Media	Final
06.01	Consulta Ortodoncia	\$1.101,00	\$ 1.101,00	-	-
06.02	Ortodoncia Removible	\$19.124,00	\$ 7.650,00	\$ 5.737,00	\$ 5.737,00

## CONSENTIMIENTO

### Tratamiento Ortodoncia Galeno Argentina

NOMBRE PACIENTE \_\_\_\_\_

COBERTURA MEDICA / NUMERO ASOCIADO: \_\_\_\_\_

FECHA DE 1ra. CONSULTA: \_\_\_\_\_

TIEMPO ESTIMADO DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

En Buenos Aires, a los \_\_\_\_\_ días del mes de..... de 2017 el que suscribe: .....  
en carácter de padre, tutor o familiar con Documento de Identidad: (Tipo): ..... N° .....

*Declaro haber tomado conocimiento de las características generales sobre el tratamiento de ortodoncia y acepto las condiciones generales y específicas que se detallan en el consentimiento, los costos y forma de pago que me comprometo a respetar por lo que autorizo que el mismo se realice*

*En los casos que correspondiera se lo entrega conforme una copia del consentimiento*

El paciente toma conocimiento de los detalles inherentes al tratamiento a realizarse y da consentimiento al haber comprendido las explicaciones brindadas por el profesional y que constan en su Historia Clínica.

**Serán a cargo del asociado todos los materiales, aparatos y elementos que lo componen, cuando estos sean perdidos, rotos o desprendidos:**

**Más de dos (2) faltas consecutivas o cinco (5) alternadas o dos (2) meses de inasistencia a los controles del profesional, inducirán a la suspensión del tratamiento, no teniendo derecho a reiniciarlo a cargo de su Cobertura Médica ni a percibir reintegro alguno, deslindando tanto a Galeno Argentina S.A. como al profesional actuante de toda responsabilidad sobre el tratamiento u otras consecuencias.**

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Firma del Profesional

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Aclaración

06.03	Ortodoncia Fija	\$ 31.871,00	\$ 12.749,00	\$ 9.561,00	\$ 9.561,00
06.04	Mal Posiciones Simples	\$ 9.095,00	\$ 3.639	\$ 2.728,00	\$ 2.728,00
06.05	Fija post 36.02	\$ 19.124,00	\$ 7.650,00	\$ 5.737,00	\$ 5.737,00
06.07	Aparatología de Contención O.L.	\$ 2.184,00	\$ 874	\$ 655,00	\$ 655,00

Planes con copago			Cuota Inicial	Cuota media	Cuota final	
06.12.00	PLATA 250	Total a cargo de Galeno - Ortodoncia Removible	\$ 18.054	\$ 7.222	\$ 5.416	\$ 5.416
06.12.00	PLATA 250	Total a cargo del asociado - Ortodoncia Removible	\$ 1.070	10 cuotas de \$ 107		
06.13.00	PLATA 250	Total a cargo de Galeno - Ortodoncia Fija	\$ 23.571	\$ 9.429	\$ 7.071	\$ 7.071
06.13.00	PLATA 250	Total a cargo del asociado - Ortodoncia Fija	\$ 8300	20 cuotas de \$ 415		

			Inicia	Cuota media	Cuota final	
06.12.00	AZUL 200	Total a cargo de Galeno - Ortodoncia Removible	\$ 17.054	\$ 6.826	\$ 5.118,00	\$ 5.118,00
06.12.00	AZUL 200	Total a cargo del asociado - Ortodoncia Removible	\$ 2.500	10 cuotas de \$ 206,00		
06.13.00	AZUL 200	Total a cargo de Galeno - Ortodoncia Fija	\$ 22.771	\$ 9.109	\$ 6.831	\$ 6.831
06.13.00	AZUL 200	Total a cargo del asociado - Ortodoncia Fija	\$ 9500	20 cuotas de \$ 450		