

(PLANES SIN COSEGURO: N500, N400 y N200)

PARA ATENDER LA PREPAGA EL PROFESIONAL DEBE:

* Haber confirmado previamente en su Circulo de pertenencia ser prestador de este nuevo convenio. Caso contrario, no estará habilitado para autorizar en el sistema de NOBIS.

* Tener al día: la Matrícula Profesional, el Seguro de Responsabilidad Civil* y el Certificado del Registro Nacional de Prestadores de la (SSSalud)**

NORMAS DE TRABAJO

1) Los Planes PMO y B100 se encuentran fuera de convenio.

2) LÍMITE DE PRESTACIONES: (aplica por afiliado)

Plan N200: 2 códigos cada 30 días. (Sin contar la consulta: 0101)

Planes N400 y N500: 3 códigos cada 30 días (Sin contar la consulta: 0101)

3) AUTORIZACIÓN:

Todas las prestaciones deben ser autorizadas en el sistema de Nobis. Es importante que se realice al momento de la atención, en el siguiente sitio web.

<https://autorizador.nobissalud.com.ar/Account/Login?ReturnUrl=%2f>

Al ingresar colocar **Usuario: PFOM** y **Contraseña: Nobis2024**

Las autorizaciones son automáticas, salvo que las prestaciones no hayan sido marcadas en la ficha catastral al momento de la consulta o cuando se superen las **6 prestaciones anuales en el plan N200** y las **9 en los planes N400 y N500**. En dichos casos, las siguientes prácticas serán derivadas por el sistema a la bandeja de "auditoria manual".

4) FACTURACIÓN: se imprimir desde el sistema de Nobis para su presentación: la **ficha catastral** que fue cargada en la consulta y el **voucher de autorización de las prestaciones** realizadas en el mes, sin olvidar la firma y sello del profesional y la firma del afiliado

* no se requiere de la presentación de la Ficha Odontológica del Círculo

* hasta que se logre vincular el sistema de Nobis con el del Círculo, es necesario cargar también las prestaciones autorizadas en el sistema de su Círculo para su facturación (respetando el Nro. de Orden de Nobis).

5) CONSULTAS (0101 Y 0701): el llenado de la ficha catastral se realiza en el sistema de Nobis. Es importante que se marque en forma completa en dicho sistema, dado que se tomará como referencia para las futuras autorizaciones. También se deberá imprimir el voucher de la para su presentación.

* **IMPORTANTE** :las consultas tienen una vigencia de 12 meses y **su garantía aplica por paciente.**

Por lo tanto si ya fue consumida la consulta anual por el paciente (verificar que haya sido cargada la ficha catastral), **la segunda consulta el paciente la abona en forma particular en el consultorio.**

6) CAPÍTULO II: aplica en los anteriores y posteriores, contemplando todos los materiales de restauración científicamente reconocidos.

7) Los códigos del **Capítulo III (Endodoncia)** y del **Capítulo X Grupo II (Cirugía)** se podrán realizar sólo una por mes por afiliado. (Antes de realizarla, verificar previamente en el sistema de autorizaciones)

DETALLE DE LOS CAPÍTULOS	CODIGOS	ARANCEL TOTAL
I (CONSULTAS)		
Consultas Fichado diagnostico y plan de trat.	0101	\$ 14.747
Consultas de Urgencias.	0104	\$ 14.128
II (OPERATORIA DENTAL)		
Restauración simple de pieza dentaria	0201	\$ 29.202
Restauración compuesta de pieza dentaria	0202	\$ 37.434
Restauración compleja (con rx pre, se factura a parte)	0209	\$ 46.348
III (ENDODONCIA S/OBTURAC)		
Tratamiento inflamatorio pulpar: unirradicular (incluye el valor de las Rx)	0301	\$ 72.000
Tratamiento inflamatorio pulpar: multirradicular (incluye el valor de las Rx)	0302	\$ 90.000
Biopulpectomía parcial (incluye el valor de las Rx)	0305	\$ 37.000
Tratamiento momificante en adultos	0306	\$ 37.000
V (ODONTOLOGÍA PREVENTIVA)		
Tratamiento y cepillado mecánico, consulta prevent. Detección y control de placa bacteriana. Enseñanzas de tecnica de higiene bucal	0501	\$ 13.042
Topicación de fluor	0502	\$ 17.431
Selladores de surcos, fosas y fisuras	0505	\$ 17.431
Aplicación de carioestáticos en piezas dentarias	0506	\$ 15.402
VII (ODONTOPEDIATRIA)		
Motivación: h/3 consultas (hasta 9 años)	0701	\$ 19.562
Tratamiento en dientes primarios con formocresol	0704	\$ 37.000
VII (PERIODONCIA)		
Consulta periodontal: diagnóstico. Pronóstico	0801	\$ 17.389
Tratamiento de gingivitis (en ambas arcadas)	0802	\$ 26.598
Tratamiento de periodontitis destructiva leve (en ambas arcadas)	0803	\$ 26.598
IX (RADIOLOGÍA)		
Rx simple - periapical - bite wing	090101	\$ 4.999
Rx oclusal	090102	\$ 4.999
Pantomografía	090204	\$ 28.997
telerradiografía cefalométrica	090205	\$ 21.735
X (CIRUGÍA BUCAL)		
Cirugía grupo 1		
Extracción dentaria.	100105	\$ 27.835
Incisión y drenaje de abscesos	100106	\$ 10.328
Cirugía grupo 2		
Germectomía	10.02.02	\$ 86.942

Extracción de terceros molares en retención mucosa	10.02.03	\$ 43.471
Extracción de dientes o restos radiculares retenidos complejos.	10.02.04	\$ 86.942

*Para aquellos profesionales que tienen el Seguro por fuera del Convenio Corporativo, deberán presentar la póliza y el comprobante del pago mensual.

**El Certificado del Registro Nacional de Prestadores (ex Anssal) pueden realizarlo en la sede de Federación