



Servicio de asistencia odontológica brindada por Assist Dent.

Este servicio te permite acceder a los beneficios de un programa de atención odontológica basado en una red de prestadores de extensión nacional.

La contratación del plan se renueva mensualmente en forma automática a menos que cualquiera de las partes denuncie su cancelación de forma fehaciente, con treinta días de antelación, sin manifestación de causa.

Este plan es de carácter individual y será activado a partir del cobro de la primera cuota de afiliación. En caso de mora, el servicio se limitará a la consulta de urgencia, y a partir de los 90 días de retraso en el pago de cuotas se procederá automáticamente a la suspensión del servicio.

El Plan Platino incluye las siguientes prácticas:

1. Consulta de examen, fichado, diagnóstico y plan de tratamiento.
2. Consulta de urgencia diurna en consultorio*
3. Curación de caries: Restauraciones con amalgama y resinas, luz halógena, en todas las piezas dentarias. Las mismas cuentan con una garantía de 3 y 2 años, respectivamente.
4. Tratamientos de conductos: en uni y multiradiculares, no complejos.

A partir de los 180 días de afiliación (período de carencia), con autorización.

5. Odontopediatría: Motivación, tratamientos de dientes temporarios con formocresol, certificado bucodental.
6. Periodoncia: consulta de estudio, tratamiento de periodontitis destructivas leves, moderadas y severas.
7. Radiografías: Periapicales simples y panorámicas.
8. Cirugía: extracciones simples, biopsias, drenajes de abscesos, extracción de dientes en retención ósea o mucosa.
9. Prótesis: Cobertura con tope de reintegro de \$ 13.500 sobre prótesis removibles (parciales y completas de acrílico), prótesis fijas (perno/corona de acrílico biolón resistente) y reparaciones. Incluye una práctica cada doce meses por afiliado, a partir del sexto mes

abonado. Requiere autorización.

10. Ortopedia y ortodoncia: Cobertura con tope de reintegro de \$ 13.500 Se accede a partir de los seis meses de carencia, con autorización. La misma se basa en la evaluación del caso en particular, gravedad de la patología, y estado de salud general, óseo y bucal del individuo. No incluye ajustes ni contención. Se contempla un tratamiento único por afiliado.

11. Implantes: Cobertura con tope de reintegro de \$ 13.500 Un tratamiento cada doce meses por afiliado, a partir del sexto mes abonado. Requiere de autorización previa; la misma dependerá del estadio de salud general, óseo y bucal del individuo.

Cobertura por reintegro: se admite uno por afiliado cada doce meses; correspondiendo a una opción de tratamiento de prótesis, implantes u ortodoncia durante el transcurso de ese período. Ortodoncia: abarca un único tratamiento por afiliado.

El tope de reintegró se verá ajustado con la actualización de valor del plan en igual porcentaje.

*Sujeto a la disponibilidad de horarios del profesional activo. No requiere turno previo. No constituye paso intermedio y/o final de tratamiento.

Límite mensual de prestaciones: dos por afiliado.

Periodo de carencia: La carencia requerida para los tratamientos de endodoncia, prótesis, ortodoncia e implantes, se cumple a partir de la sexta cuota consecutiva de afiliación abonada, sin registro de mora.

La suspensión del servicio por mora supone la anulación de la carencia, que se reactivará tras el cobro consecutivo de seis cuotas.

Ante el atraso o mora en el cobro de las cuotas la atención se verá limitada únicamente a la consulta de urgencia y se reanudará el servicio total con la regularización de las mismas.

Autorizaciones: Tanto las prácticas con carencia como las Radiografías Panorámicas requieren de autorización.

Las mismas se solicitan a través de correo electrónico a: autorizaciones@assistdentgroup.com

Todas las practicas antes mencionadas son realizadas por los odontólogos que podría encontrar en nuestra cartilla de prestadores. Para consultar el listado de odontólogos habilitados deberá acceder a:

<http://www.assistdentgroup.com/cartilla-online/>

Para atención telefónica puede comunicarse de Lunes a Viernes de 9 a 18 horas a nuestra línea de atención al socio: 0810-777-6387

No integran la cobertura:

- Tratamientos de conductos complejos que requieran especialista o retratamientos.
- Tartrectomía o limpieza.
- Teleradiografía o estudios cefalométricos.
- Relleno óseo o cirugías maxilofaciales o de alta complejidad.
- Prácticas que no estén contempladas en el listado anterior.
- Ajustes o controles, contención o rotura de aparatología en ortopedia y ortodoncia.

*Radiografías Panorámicas: La cobertura incluye una cada doce meses por afiliado. Las mismas pueden ser autorizadas únicamente una vez registrado el cobro de la primera cuota de afiliación, sin excepción.

En mujeres embarazadas se exigirá el certificado del obstetra autorizando la prestación para emitir la autorización correspondiente.

Las órdenes para esta, como para otras prácticas, tienen 30 días de validez, pasado ese lapso, la misma pierde vigencia y deberá ser renovada.

Apellido y Nombre:

DNI No:

PLAN PLATINO

ASSIST DENT GROUP S.A. (CUIT: 30-71597049-6 con domicilio legal en la calle Av. Córdoba 659 – 5º piso Oficina 51 – Capital Federal).

PROTOCOLOS DE AUTORIZACIÓN

PRÓTESIS FIJA Y REMOVIBLE:

Para solicitar la autorización, el paciente o personal de la institución (preferentemente) debe enviarnos a autorizaciones@assistdentgroup.com: Una orden donde se detalle:

- Los datos del afiliado
- Pieza dentaria o zona a tratar, tipo de tratamiento protético a realizar (aclarando las piezas dentarias a rehabilitar) y duración estimada de dicho tratamiento
- Fecha
- Firma y sello del profesional

Asimismo, debe adjuntar:

- Una radiografía periapical de la zona en cuestión, en caso de prótesis fija
- Foto previa intra y extraoral, en caso de prótesis removible

- La ficha (Historia Clínica) completa con los datos del afiliado y odontograma actualizado.
- El correspondiente consentimiento informado completo y firmado, junto con la antedicha orden.

Por cuestiones de seguridad sugerimos que en la orden añadan una dirección de correo electrónico de la clínica o consultorio de manera que puedan recibirla directamente desde nuestra casilla.

Prótesis Removibles:

La cobertura incluye un (1) código de prótesis cada doce meses, es decir, en caso de prótesis removible, sería únicamente la superior o inferior, y en caso de requerir ambas, una estará a expensas del paciente.

Prótesis fija: la cobertura abarca el perno o corona deacrílico biolón.

*Las prótesis inmediatas no integran la cobertura.

ORTODONCIA Y ORTOPEDIA

Dichas prácticas requieren de autorización. La misma puede ser solicitada tanto por el afiliado, como por el profesional o personal del centro odontológico de la siguiente manera:

Enviando a autorizaciones@assistdentgroup.com una orden que contenga:

- Nombre y apellido del usuario
- Dni
- Tipo de tratamiento a realizar y duración estimada del mismo
- Diagnostico morfo funcional
- Fecha, sello y firma del profesional especialista

En adición a lo anterior, deberán enviarnos:

- La ficha (Historia Clínica) completa con los datos del afiliado y odontograma actualizado.
- El consentimiento informado firmado por el paciente, tutor o representante, donde debe constar que no posee ninguna contraindicación médica al mismo (como declaración jurada), los posibles riesgos del tratamiento y las consecuencias de su interrupción. (adjunto copia del mismo)
- Fotos intra y extraorales del paciente a tratar (frente, perfil, sonrisa, oclusal superior e inferior y laterales).
- Teleradiografía y estudios cefalométricos.

*Tanto las fotos como la teleradiografía de perfil (y los estudios cefalométricos) están a cargo

del paciente, así como los controles mensuales o ajustes.

Tener en consideración que:

- La interrupción el tratamiento debe ser informada.
- La cobertura no incluye brackets estéticos. En el caso de requerirlo, su costo es a cargo del paciente.
- La pérdida o rotura de la aparatología instalada no está cubierta.
- Los controles (ajustes), con la frecuencia que indique el profesional, serán abonados por el paciente.
- El mantenimiento posterior (contención) no está cubierto.

IMPLANTES

Colocación de implante. Dicha práctica requiere de autorización.

Cobertura: uno por afiliado cada doce meses.

Autorización: La misma puede ser solicitada tanto por el afiliado, como por el profesional o personal del centro odontológico de la siguiente manera:

Enviando a autorizaciones@assistdentgroup.com una orden que contenga:

- Nombre y apellido del usuario
- DNI
- Pieza dentaria a rehabilitar, marca y dimensiones del implante a colocar y duración estimada del tratamiento
- Fecha, sello y firma del profesional especialista

En adición a lo anterior, deberán enviarnos:

- La ficha (Historia Clínica Odontológica) completa con los datos del afiliado y odontograma actualizado.
- El consentimiento informado firmado por el paciente, donde debe constar que no posee ninguna contraindicación médica al mismo (como declaración jurada), los posibles riesgos del tratamiento y las consecuencias de su interrupción.
- Estudios preoperatorios: tomografía computada del lecho quirúrgico.
- Análisis clínicos prequirúrgicos (hemograma, glucemia y coagulograma indispensables).

La autorización dependerá de los resultados de los antedichos estudios.

Tener en consideración que:

- El implante inmediato no forma parte de la cobertura.

- La interrupción del tratamiento debe ser informada.
- La pérdida o rotura de la aparatología instalada no está cubierta.
- Garantía: 10 años