

## 75.- BOREAL S.A.

**Nuevo Convenio Vigencia: 16/01/2023.**

**Domicilio:** España 150 – Salta

**Telef. 0810 – 555 2673**

### **NORMAS GENERALES DE ATENCIÓN:**

☞ **Planes con cobertura: MAGNUM y A3.**

☞ **Identificación del Paciente:** El paciente debe presentar credencial de beneficiario junto al DNI. **La credencial puede ser física (tarjeta), o virtual**, esta última es una imagen que el afiliado posee en su teléfono celular en la app.. Verificar siempre la fecha de vigencia de la credencial y solicitar el DNI.

☞ **Forma de Atención: AUTORIZACIONES ONLINE.**

El profesional deberá ingresar a la plataforma de autorizaciones: <http://prestador.bymovi.com/>

El usuario está identificado por el número de **Matrícula Profesional**, seguido de un correo interno de Boreal (xxx\_@aos.com) Este usuario no debe ser modificado en ningún momento.

Por ejemplo: “464\_@aos.com”

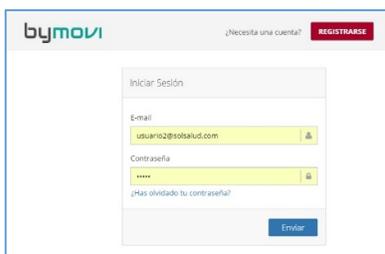
Contraseña inicial: **boreal**

Con este sistema **podemos prescindir del bono impreso** tanto para consultas como para las prestaciones, y también se deja sin efecto el paso de auditoría previa. Pero se aclara que **todas las prestaciones están sujetas a control cuando la Auditoría lo considere necesario.**

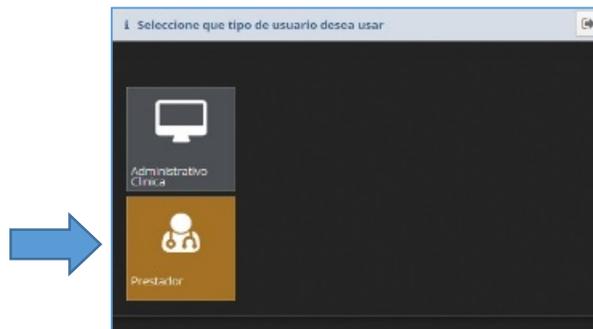
**Este sistema no exige de la presentación de las fichas odontológicas completas**, las que se continuarán presentando de manera habitual, indicando las prestaciones realizadas y el N° de autorización que otorga el sistema para cada ficha.

A continuación detallamos los pasos a realizar una **autorización:**

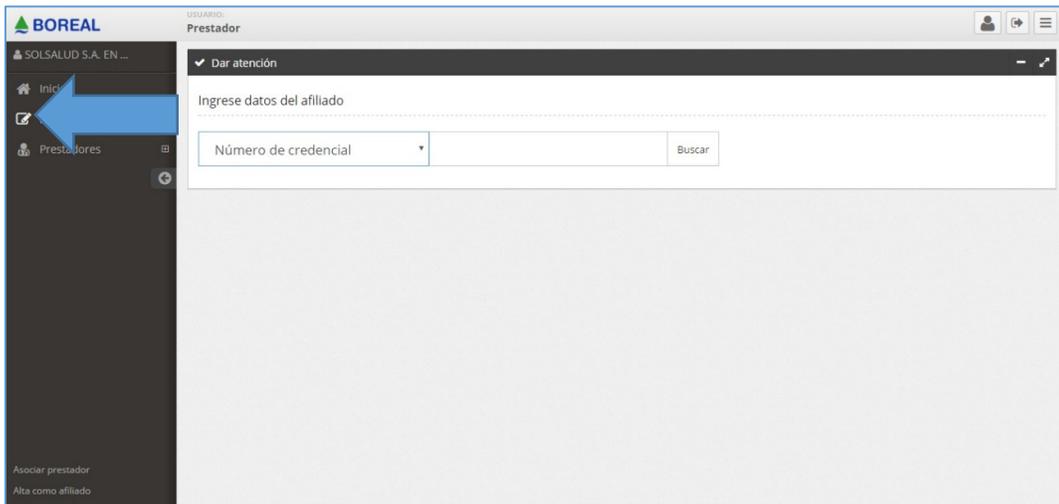
1 – Ingresar al sitio en cualquier navegador <http://prestador.bymovi.com/> colocando **USUARIO** y **CONTRASEÑA**. El cual será gestionado a través de AOS por parte de **BOREAL**.



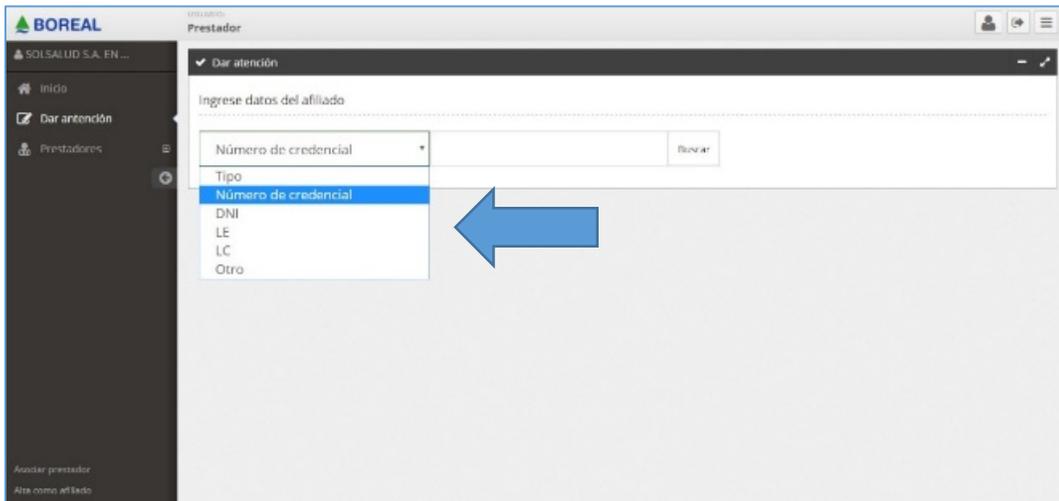
2- Al loggarse nos consulta el sistema nuestro modo de acceso, elegimos **PRESTADOR**



3 - Esta es la primera pantalla que vemos al ingresar al sitio. Tenemos una barra lateral con un botón **DAR ATENCION** que despliega una ventana donde colocamos los datos del afiliado (*NRO DE CREDENCIAL, DNI, etc*)

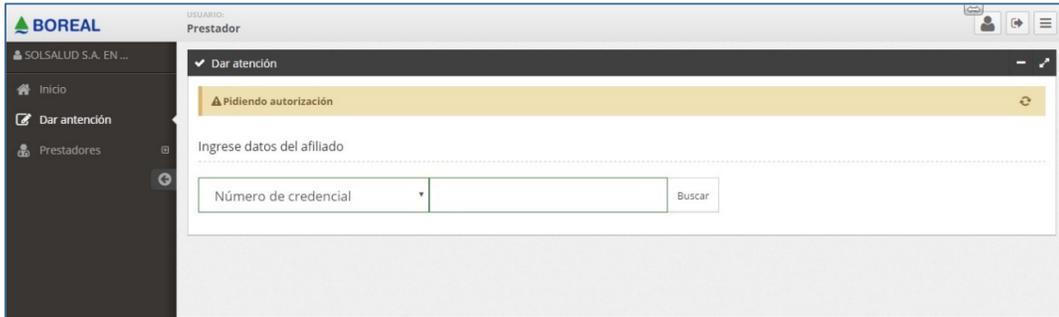


Se sugiere elegir NRO DE CREDENCIAL, los datos correctos se podrán visualizar al final de la autorización.



4 – Una vez completados los datos del afiliado, el sistema nos habilita a elegir el nomenclador al cual pertenece la práctica (*elegir ODONTOLOGIA*). Cuando escribimos el código para autorizar (por ej. consulta 1.01), se despliegan opciones relacionadas a la prestación a realizar (NUMERO DE PIEZA, CARAS marcar X). Si necesitamos autorizar más de un código, solamente lo tipeamos a continuación del otro (desplegándose opciones por cada uno). **Aclaración: el sistema no reconoce los ceros a códigos, por lo que el “0” inicial. Ej.** **la izquierda en los deberán cargar sin 2.08 o 2.22**

5 – Una vez completados los campos requeridos, hacemos click en el botón **GUARDAR** para ejecutar la autorización.



6 – El sistema nos brindará la información relacionada a la autorización solicitada (**ACEPTADA – RECHAZADA**), **NRO DE AUTORIZACIÓN, DATOS DEL AFILIADO y PRÁCTICA SOLICITADA.**

**NUMERO DE AUTORIZACIÓN** → Nro. 2690292

**DATOS DEL AFILIADO** → Fecha: 11/10/2017  
Beneficiario: Afiliado demo prueba  
Credencial: 12345678/0  
DNI: 12345678

**INFORMACION SOBRE CODIGOS TRANSACCIONALES (piezas / caras)** → Prácticas 101 - EXAMEN - DIAGNOS. - FICHADO Y PLAN TRATA. Cantidad Aprobada: 1  
Prácticas 202 - OBTURACION C/AMALGAMA..CAV.COMP. Cara/s: OCLUSAL Pieza N°: 25 Cantidad Aprobada: 1

**Reporte** button

**Cerrar** button

Desde el botón **REPORTE** en la misma autorización puede **imprimir una constancia de lo autorizado** para adjuntar a la ficha. (Opcional).

## Solicitar Autorización - Autorizada



### Información del Prestador

Tipo de Prestador Razón Social / Apellido CUIT / CUIL  
Prestador Solicitante BRINGAS MARIA SOLEDAD 27294302927

### Información del Afiliado

Apellido y Nombres Afiliado demo prueba  
Nro. Identificación 12345678/0  
Tipo de Identificación Credencial  
Plan VIP  
Condición ante al IVA EXENTO

### Información de la visita

Marca de Guardia

Nro. de Autorización 2690292

### Detalle de Prestaciones

ID	Descripción	Pieza - Cara/s	Cantidad Aprobada	Copago	Estado	Motivo de Rechazo
101	EXAMEN - DIAGNOS. - FICHADO Y PLAN TRATA.	- / -	1	\$ 0.00	Autorizada	
202	OBTURACION C/AMALGAMA. CAV.COMP.	25 / o	1	\$ 0.00	Autorizada	

### Otros Datos

Firma Afiliado

Firma y Sello Prestador

En caso de no imprimir el Reporte de las prácticas autorizadas (se sugiere imprimirlo), deberá colocar en la ficha, con letra clara y legible el **Número de Autorización, con fecha**, emitido desde **BYMOVI. Verificar si el Plan del afiliado paga Coseguro**, ya que en adelante debe abonarlo en consultorio.

Para poder llevar un control sobre lo que autorizó por medio de esta herramienta, debe hacer click en la barra lateral en el menú **PRESTADORES** y luego en **ATENCIONES**. Allí podrá ver por fecha las transacciones realizadas, tiene la posibilidad de anular o reimprimir comprobantes (opcional)

USUARIO: Prestador

BRINGAS MARIA S...

Inicio

Dar atención

Prestadores

Atenciones

Asociar prestador

Alta como prestador

Alta como afiliado

### ATENCIONES

+ Dar atención

#### Listado de Atenciones

#	Fecha	Afiliado	Plan	Obra social	Práctica	N° Pieza	Cara/s	Coseguro	Estado	N° Autorización	Obs.
1	11/10/2017	Afiliado demo prueba	VIP	Boreal	101	-	-	0.00	Aprobada	2690292	
2	11/10/2017	Afiliado demo prueba	VIP	Boreal	202	25	o	0.00	Aprobada	2690292	
3	11/10/2017	Afiliado demo prueba	VIP	Boreal	420101	-	-	0.00	Aprobada	2689885	
4	11/10/2017	Afiliado demo prueba	VIP	Boreal	420101	-	-	0.00	Aprobada	2689857	
5	11/10/2017	Afiliado demo prueba	VIP	Boreal	420101	-	-	0.00	Rechazada	2689846	
6	11/10/2017	Afiliado demo prueba	VIP	Boreal	101	-	-	0.00	ANULADO	2688955	
7	11/10/2017	Afiliado demo prueba	VIP	Boreal	202	25	o	0.00	ANULADO	2688955	
8	11/10/2017	Afiliado demo prueba	VIP	Boreal	420101	-	-	0.00	Aprobada	2688912	
9	11/10/2017	Afiliado demo prueba	VIP	Boreal	420101	-	-	0.00	Aprobada	2688908	
10	11/10/2017	Afiliado demo prueba	VIP	Boreal	101	25	-	0.00	Rechazada	2688903	

Anterior Siguiente

Cualquier consulta o inquietud con respecto al sistema de autorizaciones online, por favor comunicarse a

**WhatsApp: al 11 20400636** (Ingresar opción "Soy Prestador").

**Mail:** [prestadoressalta@e-boreal.com.ar](mailto:prestadoressalta@e-boreal.com.ar)

- Atención presencial: Lunes a Viernes de 09 a 17 hs en España 150, Salta Capital. •

✍ **Ficha Dental:** Confeccionar ficha simple, sin omitir ningún dato, con letra clara y legible. Indicar el Plan. Verificar las firmas del paciente. Fechas de atención. Salvar cualquier enmienda o corrección con sello del profesional. Las fichas que no cumplan las normas de presentación no serán facturadas. Con odontograma completo cuando se facture la consulta. (la falta del odontograma completo será motivo de débito).

✍ **Cantidad de Prestaciones Mensuales:**

**Planes Magnum, y A3:** Se reconocen hasta **dos (2) prestaciones** mensuales por mes y por afiliado, para un mismo sub - prestador. No se incluyen en este tope los códigos de consulta (01.01, 01.04 y 08.01), ni el código 01.00 de “material descartable”, ni las Rxs exigibles demostrativas de prácticas.

Quedará a criterio de la Auditoría la autorización de un número mayor de prácticas, con motivo que lo justifique y adjuntando documentación respaldatoria (Por Ej. Pedido médico, Historia clínica, etc.).

✍ **Plazo de validez de las fichas:** Las fichas tendrán un plazo de **sesenta días (60)** a partir de la fecha de autorización para facturarse. Vencido ese plazo podrán ser revalidadas por treinta días más únicamente por el afiliado en el sector de autorización y auditoría de la Obra Social.

✍ **PADRONES DE PRESTADORES:** Con **padrones diferenciados A y B;** para los cual Boreal se registrará con **los mismos padrones que estén vigentes para la obra social provincial (IPSS).**

**Padrón “A”:** profesionales que atienden conforme a **los valores vigentes**, sin cobro de diferencias para prácticas nomencadas.

**Padrón “B”:** profesionales **que podrán cobrar diferencia**, a convenir con el paciente en consultorio.

**Normas generales de atención y ámbito de aplicación:** Las normas de atención y el nomenclador de prácticas pactadas en el presente convenio están destinados a brindar la atención ambulatoria, en consultorios odontológicos debidamente habilitados, a pacientes en condiciones de recibir tratamiento, cuyo consentimiento será aceptado bajo firma en la ficha odontológica.

No se incluye la atención de los pacientes que, por condiciones de salud transitorias o permanentes, requieran de cuidados especiales y deban ser atendidos en quirófanos o sanatorios, bajo sedación o anestesia general. Estos casos serán analizados por la auditoría, que informará al paciente y al profesional la forma de atención.-----

#### **NORMAS DE TRABAJO**

**La Asociación a través de los odontólogos efectores deberá prestar servicio conforme las reglas del Arte y de las Ciencias Odontológicas, absteniéndose de asegurar, prometer y/o garantizar la infalibilidad y/o duración de los tratamientos realizados.**

## ▪ CAPITULO I - CONSULTA

**01.01 – Consulta, examen, diagnóstico, fichado y plan de tratamiento.** Como consecuencia del examen, el fichado deberá reflejar el estado actual de la boca, previo al tratamiento a efectuarse. **Confeccionar odontograma marcando en azul los trabajos a realizar y en rojo los realizados.**

Norma; se autorizará **cada seis (6) meses** para el mismo profesional, tanto para adultos como para niños. También podrán solicitarlo los especialistas. No se reconocerá en pacientes derivados y se debitará si no se realizó odontograma completo y el plan de tratamiento.

**01.04 – Consulta de Urgencia:** Se aplica a toda prestación que conforme una práctica de urgencia, separada de una subsiguiente, que no constituya paso intermedio y/o final de tratamiento.

La atención de urgencia contemplada en el presente Anexo, se refiere a la que se brinde de manera imprevista y sin turno previo al paciente para atender su urgencia en horarios habituales de consultorio.

No se incluye la atención de urgencia fuera de horario de consultorio (horarios nocturnos, o de fines de semana). No se reconocerá como Urgencia el uso/aplicación de Medicación. Se solicitara Rx en caso de Apertura/Drenaje de Absceso.

**01.00- Material descartable:** Se reconocerá un (1) código por ficha.

## ▪ CAPITULO II - OPERATORIA DENTAL

### NORMAS GENERALES

Al solo hecho de establecer un marco regulatorio, se establece que las restauraciones tendrán un **plazo de reconocimiento por la obra social de 18 meses en piezas permanentes, y de 12 meses en piezas temporarias.**

El Odontólogo que indica la repetición de la práctica deberá fundar las razones consignándolo en la ficha de tratamiento para la evaluación de la Obra Social. En el caso, que esta considere improcedente de repetición de la práctica por los motivos arriba expresados, el profesional cuyo trabajo es cuestionado, podrá solicitar auditoría compartida.

En caso de que se facturen prestaciones que el sistema detecte abonadas con anterioridad a otro profesional dentro de los plazos señalados (en mismas piezas y en mismas caras), la obra social no efectuará el débito de la práctica de manera automática, sino que deberá analizar el caso para corroborar las prestaciones brindadas.

Las obturaciones contemplan todos los materiales de restauración científicamente reconocidos, como así también, las técnicas, instrumental y equipamiento que el profesional crea más conveniente en la reconstrucción de la pieza dentaria

Las obturaciones en piezas permanentes deberán tener una **duración mínima de dieciocho (18) meses** bajo responsabilidad del profesional actuante. En piezas temporarias la **duración mínima será de doce (12) meses.**

Cuando se obture por separado distintas **fosas de la cara oclusal**, se considerará como una **obturbación simple**, únicamente se exceptúa de ello los primeros molares superiores (piezas 16 y 26), si fuera necesario mantener el puente adamantino.

Al facturar se reconocerá hasta un **tope de 2 (dos) códigos** de restauraciones por pieza dentaria.

## NORMAS PARTICULARES

**02.08– Restauraciones en piezas temporarias:** Cualquiera sea el material de restauración.

Comprende todos los tratamientos de los tejidos duros del diente para resolver la/s carie/s dentale/s. Un código cuando se trate cara o cavidad simple. Hasta dos (2) códigos por elemento cuando se traten caries en cavidades compuestas.

**02.22 – Restauraciones en piezas permanentes:** Cualquiera sea el material de restauración.

Comprende todos los tratamientos de los tejidos duros del diente para resolver la/s carie/s dentale/s. Un código cuando se trate de cavidades simples (una cara). Hasta dos (2) códigos por elemento cuando se traten caries en cavidades compuestas, o complejas, o reconstrucciones de ángulos.

## CAPITULO III – ENDODONCIA

### NORMAS GENERALES

**Códigos 03.01; 03.02; 03.03; 03.05:** Todo tratamiento de endodoncia deberá acompañarse con las radiografías pre y post operatorias. Se reconocerán **hasta dos (2) Rxs, a facturar por separado**.

**03.01:** Se considera elemento **unirradicular** a aquellos que permita la visualización, a través de la radiografía post operatoria, la presencia de **1 (un) conducto radicular**.

**03.02.** Se considera elemento **birradicular** a aquellos que permita la visualización, a través de la radiografía post operatoria, la presencia de **2 (dos) conductos radiculares**.

**03.03:** Se reconocerá en aquellos elementos que permitan la visualización, a través de la radiografía post operatoria, la presencia de **3 (tres) conductos radiculares**.

**03.04: Conducto Subsiguiente,** se reconocerá cuando a través de la radiografía post operatoria se visualice un cuarto conducto radicular, en este caso se sumará este código al 03.03; y se podrá facturar también una tercera Rx.

**03.05: Biopulpectomía parcial:** en piezas permanentes.

Queda bajo responsabilidad del profesional actuante la correcta preparación del o de los conductos radiculares y que el material radiopaco llegue hasta el límite cemento dentinario (a un milímetro aproximadamente).

## ▪ CAPITULO V - ODONTOLOGÍA PREVENTIVA

**05.01 – Tartrectomía y cepillado mecánico:** Se reconocerá en pacientes mayores de 18 años. Un código cada 6 meses.

**05.02 – Topicación con flúor:** Se reconoce semestralmente en pacientes desde los 2 años, hasta los 18 años de edad, y en pacientes embarazadas. Incluye tartrectomía y cepillado mecánico (05.01), aplicándose flúor en ambas arcadas.

**05.04 - Enseñanza de técnica higiene oral. Detección y control de placa bacteriana:** Se reconocerá una cada 12 meses, en pacientes desde los 5 hasta los 18 años de edad.

**05.05 – Sellantes de puntos, fosas y fisuras:** Se reconocerán **en premolares y molares permanentes** sanos, con surcos profundos. Uno por pieza cada doce meses, hasta los quince (15) años de edad. Las piezas a sellar no deben poseer obturaciones previas, en ninguna cara del elemento.

## ▪ CAPITULO VII - ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA

**07.04 - Tratamiento en dientes primarios con formocresol.** No se podrá solicitar cuando el diente se encuentre en período de exfoliación normal. Se acompañará de 2 RX pre y post, a facturar por separado.

## • CAPITULO VIII – PERIODONCIA

La enfermedad periodontal es una enfermedad de etiología bacteriana y su diagnóstico es clínico. Las Rxs se consideran auxiliares de diagnóstico y sólo podrán ser solicitadas cuando el profesional tratante o auditoría las considere necesarias.

**08.01 – Consulta y fichado Periodontal de estudio, diagnóstico, pronóstico:** Incluye la confección de la ficha periodontal seguida de tratamiento. Se reconocerá una cada 12 meses. No se factura con el 01.01 en este caso.

**08.02 - Tratamiento de gingivitis marginal crónica:** Incluye tartrectomía, raspaje supragingival, control de placa, enseñanza de cepillado y evaluación (05.01, 05.02 y 05.04). Se autorizará en pacientes a partir de los **14 años de edad**. Un código cada 12 meses, por ambas arcadas. No se requiere la presentación del fichado periodontal en éste caso (Cód. 0801).

**08.03 - Tratamiento de periodontitis destructivas leves, moderadas:** incluye el código 08.02, alisado radicular y raspaje infragingival. Se reconocerá en presencia **de bolsas periodontales que no superen los 5 mm y/o con pérdida de inserción hasta 5 mm**. Por sector (seis sectores) y afectados por lo menos dos. Se abonará con ficha periodontal completa al momento de facturar. Se podrá solicitar cada doce (12) meses, y con Rxs cuando la Auditoría lo considere necesario.

**08.04 - Tratamiento de periodontitis destructiva Severa / Grave:** incluye el código 08.02, alisado radicular y raspaje infragingival. Se reconocerá en presencia de **bolsas periodontales que superen los 5 mm y/o con pérdida de inserción a 5 mm**. Por sector (seis sectores) y afectados por lo menos dos. Se abonará con ficha periodontal completa al momento de facturar. Se podrá solicitar cada doce (12) meses y con Rxs cuando la Auditoría lo considere necesario.

## ▪ CAPITULO IX – RADIOLOGÍA

**NORMA GENERAL:** Toda radiografía para su pago deberá **presentarse adecuadamente, en envase plástico transparente, el que conste nombre, apellido y número de beneficiario, número de elemento dentario, nombre del profesional y correcta técnica utilizada** (angulación, definición, contraste, revelado y fijado).

Ordenadas secuencialmente cuando sean demostrativas de prácticas.

**09.01.01: Radiografía periapical.**

**09.01.02: Radiografía bite wing.**

**09.01.04 – Rxs media seriadas, de 5 a 7 placas.** Solo para tratamientos de **periodoncia.**

**09.01.05 – Rxs Seriadas completas, de 8 a 14 placas.** Solo para tratamientos de **periodoncia.**

**09.02.04 - Pantomografía:** Cobertura **solo para plan Magnum.** Solicitar la **autorización por mail a [practicassalta@e-boreal.com.ar](mailto:practicassalta@e-boreal.com.ar)** Adjuntar la solicitud del prestador, motivo y diagnóstico presuntivo. Se reconocerá una cada doce (12) meses. Para facturar se debe adjuntar el informe correspondiente

**09.02.05 - Telerradiografía cefalométrica:** Cobertura **solo para plan Magnum.** **Autorización por mail,** ídem código 090204. Se reconocerán un código cada doce meses.

Las Rxs necesarias para las prestaciones que así lo exijan, no serán consideradas dentro del tope de prestaciones mensual y se facturarán por separado.

## ▪ CAPITULO X - CIRUGÍA BUCAL

Para el reconocimiento de los códigos de este capítulo, la Auditoria podrá solicitar las Rxs que considere necesarias y justifiquen la realización de las prácticas. Las mismas se facturarán por separado, no estando incluidas en ninguno de los códigos. Tampoco se consideran para el tope de prestaciones mensuales.

**10.01 - Extracción dentaria simple:** de pieza dentaria y/o resto radicular.

**10.02 - Plástica de comunicación bucosinusal.** Se reconocerá con radiografía preoperatoria que justifique la realización de la práctica, debiendo informar el profesional la circunstancia de la prestación.

**10.05 - Reimplante Dentario inmediato al traumatismo:** Adjuntar informe.

**10.09 - Extracción de diente retenido o resto radicular retenido en función ósea:** deberá acompañarse con Rx pre y post operatoria a facturar por separado.

**10.10 – Germectomía:** Con pedido que fundamente la realización de la práctica. Facturar con Rxs pre y post operatoria.

**10.11 - Liberación de dientes retenidos:** con rx pre.

**10.12 – Apicectomía:** Se factura con Rx pre y post.

**10.14 - Extracción de cuerpo extraño:** Tratamiento de heridas de tejidos blandos, por lesiones. Con informe.

**10.06 - Biopsias por punción, o escisión:** autorización presencial por Auditoría. El profesional deberá indicar el motivo de la práctica.

Aranceles vigentes en [www.aosalta.com.ar](http://www.aosalta.com.ar) "Gestión de obras Sociales"