

CONVENIO MUTUAL- ODONTÓLOGO

| | |
|--|--|
| Delegación: | |
| Nombre y Apellido COMPLETO del/de la Odontólogo/a: | |
| CUIT: | |
| E-mail: | |

En la ciudad de _____ al/los _____ días, del mes de _____ de 20 _____ entre, por una parte el Centro Mutual "María Elena Márquez" de Docentes Privados Bonaerenses, en adelante LA MUTUAL, representada en este acto por la _____, en su carácter de Presidente, y la/el Responsable de la Delegación, la/el Sra./Sr. _____ DNI _____ y por la otra la/el Odontóloga/o _____ DNI _____ con domicilio fiscal en _____ de la ciudad de _____ en adelante EL PROFESIONAL, se suscribe el presente convenio sujeto a las siguientes cláusulas:-----

PRIMERA: Todos los asociados a LA MUTUAL podrán utilizar los servicios que se detallan en el Anexo I, contra presentación de carnet y planilla de autorización emitida por LA MUTUAL. -----

SEGUNDA: EL PROFESIONAL concederá al afiliado de LA MUTUAL el acceso a las prestaciones según los valores acordados para todos los servicios que ofrezca-----

TERCERA: LA MUTUAL se obliga a exponer en sus locales los datos completos de EL PROFESIONAL (Domicilio, T.E., E-mail, etc.), así como los rubros en los que opera y a difundir entre sus asociados los beneficios que éste les ofrece.-----

CUARTA: Los valores acordados representan el 100% de las prácticas, de los cuales el CMD cubrirá un importe tope, conforme a la planilla de autorización y presupuesto presentado por el PROFESIONAL, y el restante será abonado por el afiliado. EL PROFESIONAL no podrá solicitar al afiliado ningún tipo de pago adicional por las mismas.-----

QUINTA: EL PROFESIONAL asume la total responsabilidad por los servicios que brinde y/o las prácticas que se realicen. EL PROFESIONAL libera a LA MUTUAL de cualquier reclamo o demanda originados en las obligaciones asumidas por el presente contrato, asumiendo la responsabilidad por cualquier juicio por mala praxis. A tal fin, se detalla en el presente convenio, el nombre de la Compañía de Seguros _____ y Nº de Póliza _____

que posee el PROFESIONAL por Mala Praxis, el cual es exhibido en este acto, haciendo entrega de copia del mismo. Para el caso que el profesional procediera a cambiar de Compañía aseguradora, se compromete a notificar por medio fehaciente a la Mutual de dicho cambio en el plazo de 48 hs., bajo apercibimiento de dar de baja el presente convenio por parte de la MUTUAL.-----

SEXTA: Cualquier modificación en los valores acordados deberán ser notificados a LA MUTUAL y acordados en nuevo anexo firmado por ambas partes antes de ejecutarse.-----

SÉPTIMA: El presente convenio resulta obligatorio para las partes y de duración ilimitada, hasta tanto cualquiera de ellas notifique fehacientemente a la otra con 30 (treinta) días de anticipación la decisión de rescindirlo.-----

-----En prueba de conformidad las partes suscriben tres ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en el lugar y fecha señalados al comienzo.-----

| | | |
|--|-------------|--|
| ¡IMPORTANTE! Datos para difusión (Esta información se utilizará para que los afiliados obtengan los datos del comercio o profesional que realice el convenio. Se recomienda enviar logo digitalizado) | | |
| Rubro: | ODONTOLOGÍA | |
| Descuento o cobertura: | Según anexo | |
| Descuento o cobertura adicional: | | |
| Dirección/es comercial/es: | | |
| Teléfono/s comercial/es: | | |
| Whatsapp: Sí NO Número: | | |
| Sitio web: | | |
| Redes sociales: | | |
| E-mail: | | |

Firma
Aclaración:
D.N.I.:

Firma RESPONSABLE CMD
Aclaración:
D.N.I.:

Firma PRESIDENTE CMD
Aclaración:
D.N.I.:

ANEXO actualización de valores - **ODONTOLOGÍA**

Delegación:

Odontólogo:

Vigencia desde 1/12/2021

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | TOTAL | CMD | AFILIADO |
|--------------|---|-------|-------|----------|
| 04.01 | PRÓTESIS FIJA | | | |
| 04.01.02 | Incrustaciones | valor | valor | valor |
| 04.01.04 | Corona colada | valor | valor | valor |
| 04.01.05 | Corona colada con frente estético | valor | valor | valor |
| 04.01.07 | Corona colada revestida en acrílico | valor | valor | valor |
| 04.01.08 | Perno muñón simple | valor | valor | valor |
| 04.01.09 | Perno muñón seccionado o pasante | valor | valor | valor |
| 04.01.11 | Corona de acrílico | valor | valor | valor |
| 04.01.12 | Elemento provisorio por unidad | valor | valor | valor |
| 04.01.13 | Corona de porcelana sobre metal | valor | valor | valor |
| 04.02 | PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE | | | |
| 04.02.01 | De acrílico hasta 4 dientes | valor | valor | valor |
| 04.02.02 | De acrílico 5 ó más dientes | valor | valor | valor |
| 04.02.03 | Cromo cobalto hasta 4 dientes | valor | valor | valor |
| 04.02.04 | Cromo cobalto 5 ó más dientes | valor | valor | valor |
| 04.03 | PRÓTESIS COMPLETA | | | |
| 04.03.01 | Completa superior | valor | valor | valor |
| 04.03.02 | Completa inferior | valor | valor | valor |
| 04.04 | VARIOS | | | |
| 04.04.01 | Compostura simple | valor | valor | valor |
| 04.04.02 | Compostura con agregado de un diente | valor | valor | valor |
| 04.04.03 | Compostura con agregado de un retenedor | valor | valor | valor |
| 04.04.10 | Rebasado de prótesis c/u | valor | valor | valor |
| 08.06 | PERIODONCIA | | | |
| 08.06 | Placa miorrelajante | valor | valor | valor |

Firma PROFESIONAL

Aclaración:

D.N.I.:

Firma DELEGADO

Aclaración:

D.N.I.:

Firma PRESIDENTE CMD

Aclaración:

D.N.I.:

- INSTRUCTIVO PARA AUTORIZACIÓN PRÓTESIS ODONTOLÓGICA Y PLACA MIORRELAJANTE-

CMD
La Mutual del S.A.D.O.P. - PBA

ANEXO II - PROCEDIMIENTO D 13 - PLANILLA DE AUTORIZACIÓN DE PRÓTESIS ODONTOLÓGICAS

Delegación: _____ Fecha: ____/____/____
 Nombre y apellido del paciente: _____ Nº de af.: ____/____/____
 Nombre y apellido del titular: _____

MARCAR SEGÚN REFERENCIAS

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| <input type="checkbox"/> |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| <input type="checkbox"/> |
| DERECHA | | | | | | | | IZQUIERDA | | | | | | | |
| 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | | | | | | |

REFERENCIAS

Marcar con azul las prestaciones requerida

Corona a realizar

Prótesis removible parcial

Prótesis removible total

En prótesis fijas acompañar a la solicitud para autorizar el tratamiento Rx de la pieza a tratar y al finalizar Rx del tratamiento realizado.

| Código | Pieza | Tratamiento a realizar | Importe |
|----------------------------|-------|------------------------|---------|
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| Total Presupuestado | | | \$ |

Son pesos _____

TRATAMIENTO FINALIZADO FECHA: ____/____/____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL _____ FIRMA Y ACLARACION DEL AFILIADO _____

| | |
|--|---|
| <p>RESERVADO CMD</p> <p>IMPORTE AUTORIZADO: _____ FECHA: ____/____/____</p> <p>Son pesos _____</p> <p>CONTROLÓ _____ AUTORIZÓ _____</p> | <p>RESERVADO AUDITORIA ODONTOLÓGICA</p> <p>AUDITORIA FINAL</p> <p>FECHA: ____/____/____</p> <p>Firma y Sello _____</p> |
|--|---|

| | | | | | | |
|-----------------------|--------|-------|----------|---------|---------|----------------|
| Formulación de pedido | | Carga | Sistema: | 1er 50% | 2do 50% | Observaciones: |
| Carencia: | | | Excel: | | | |
| Cuotas al día | | | OP: | | | |
| Informado deleg: | Fecha: | | CH: | | | |

Prestar atención a este cuadro, especialmente cuando haya que enviar Rx.

Completar los valores del total de la práctica convenida: IMPORTE CMD + IMPORTE AFILIADO.

Este cuadro solo se firma cuando el tratamiento está finalizado y el afiliado queda conforme con el trabajo.

Sector reservado CMD – Sede Central

PRÓTESIS ODONTOLÓGICA:

1) El odontólogo tendrá copias de planillas **ANEXO II - PROCEDIMIENTO D 13**, las cuales completará según corresponda (importes y códigos según “ANEXO actualización de valores” vigente firmado por las partes), para la autorización y pago del 1º 50%, y se la entregará al afiliado para que se dirija a la delegación a solicitar la autorización. En los casos de solicitar prótesis fija, debe estar acompañada por las Rx respaldatorias.

2) Si le correspondiera abonar diferencia, se informará al afiliado solicitando su conformidad.

IMPORTANTE: SIN EL MAIL DE CONSENTIMIENTO NO DAMOS CURSO A LA AUTORIZACIÓN.

De no haber diferencia a abonar, le avisamos por mail y pasaremos directamente a dar curso a la autorización.

4) Si se autoriza, pagaremos el 1er 50% al odontólogo y se podrá empezar y terminar el tratamiento.

5) Con el tratamiento ya finalizado firman la planilla (odontólogo y paciente) en el **cuadro de finalización**. Esta vez, la planilla queda en manos del odontólogo más la 2da Rx (si corresponde). Se debe firmar siempre al finalizar el tratamiento, no antes, y quedando, el afiliado, conforme con el trabajo.

6) El odontólogo nos deberá enviar la planilla con las dos Rx para abonar el 2do 50%. *(en periodo de pandemia, recibiremos por mail las planillas en imagen jpg o pdf y luego nos envían los originales lo antes posible).*

PLACA MIORRELAJANTE:

1) Recibe la visita del afiliado, se **completa la planilla**.

2) Se entrega la planilla al afiliado para que pida autorización, NO debe hacerlo el odontólogo.

3) Si le correspondiera abonar diferencia, se informará al afiliado solicitando su conformidad.

IMPORTANTE: SIN EL MAIL DE CONSENTIMIENTO NO DAMOS CURSO A LA AUTORIZACIÓN.

De no haber diferencia a abonar, le avisamos por mail y pasaremos directamente a dar curso a la autorización.

4) Si se autoriza, pagaremos el 1er 50% al odontólogo y se podrá empezar y terminar la placa.

5) Con la placa ya finalizada firman la planilla (odontólogo y paciente) en el **cuadro de finalización**. Esta vez, la planilla queda en manos del odontólogo. Se debe firmar siempre al finalizar el tratamiento, no antes, y quedando, el afiliado, conforme con el trabajo.

6) En esta instancia el odontólogo nos deberá enviar la planilla para abonar el 2do 50%. *(en periodo de pandemia, recibiremos por mail las planillas en imagen jpg o pdf y luego nos envían los originales lo antes posible).*

ACLARACIONES IMPORTANTES:

- Por cada pago que realiza el CMD, deberán enviarnos FACTURA/RECIBO oficial correspondiente.
- Se deben respetar los valores según anexo vigente firmado. En caso de aumento, el CMD solo abonará nuevos montos una vez firmado por las partes, el nuevo anexo de actualización. Los valores autorizados para el 1er 50% se mantendrán para el 2do 50% también.
- El tratamiento debe comenzar una vez recibido el 1er pago, lo cual significa que está autorizado. De lo contrario, si el afiliado no cumple con los requisitos o las planillas no están debidamente completas, correrá el riesgo de que no se le haga efectivo el pago.

Firma PROFESIONAL

Aclaración:

D.N.I.: