



ARANCELES VIGENTES A PARTIR DE ENERO 2024

No reconoce Kit de Bioseguridad

IDENTIFICACION DEL PACIENTE: Credencial que lo habilite como beneficiario y documento de identidad.

DOCUMENTACION: Odontograma del COT cantidad de practicas hasta 3 códigos por mes por paciente excluyendo las Rx. que se agregan como parte integrante de la practica.

AUDITORIA: Sin autorización previa. (se puede llamar al tel. que figura en la credencial para confirmar que es un afiliado activo o ver en la boleta de sueldo o factura el pago de la cuota del mes en curso)

CANTIDAD DE PRÁCTICAS RECONOCIDAS:

Se reconocerán hasta tres (3) prácticas mensuales por beneficiario, por el mismo profesional. No se incluyen los códigos de consulta (01.01/04, 07.01 y 08.01), ni las Rx exigibles demostrativas de práctica

NORMAS PARA ODONTOLOGOS

Cobertura: las prácticas odontológicas según el convenio vigente entre AVALIAN COBERTURA MÉDICA y nuestra institución, para los planes 7, 7 A, 21 y 23.

El profesional podrá realizar cualquier práctica enumerada en el convenio de partes vinculantes a los asociados de AVALIAN COBERTURA MÉDICA, con la sola presentación de la credencial habilitante y documento de identidad.

Particularidades de cobertura

CREDECIAL CLASICA:

PLAN 2: solo podrán acceder con autorización previa de AVALIAN COBERTURA MÉDICA.

PLAN 3: no tiene cobertura en odontología.

CREDECIAL PMO:

Plan 11 PMO: solo podrán acceder con autorización previa de AVALIAN COBERTURA MÉDICA.

Requisitos administrativos para facturar:

- Ficha Odontológica (Odontograma C.O.T. completo)
- Apellido y Nombre del paciente
- Número completo de asociado a AVALIAN COBERTURA MÉDICA
- Codificación de las prácticas según convenio
- Precio de cada práctica realizada
- Fecha de realización
- Sello y firma del Odontólogo
- Conformidad del paciente: Firma – Aclaración – N° de Documento
- Tener en cuenta las normas técnico – administrativas de acuerdo al convenio de partes vinculantes.

El profesional podrá realizar cualquier práctica enumerada en el convenio de partes vinculantes a los asociados de AVALIAN COBERTURA MÉDICA, con la sola presentación de la credencial habilitante y documento de identidad.

Particularidades de cobertura:

CREDECIAL CLASICA:

PLAN 2: solo podrán acceder con autorización previa de AVALIAN COBERTURA MÉDICA.

PLAN 3: no tiene cobertura en odontología.

CREDECIAL PMO

Plan 11 PMO: solo podrán acceder con autorización previa de AVALIAN COBERTURA MÉDICA.

Requisitos administrativos para facturar:

- o Ficha Odontológica con odontograma completo.
- o Apellido y Nombre del paciente.
- o Número completo de Asociado de AVALIAN COBERTURA MÉDICA.
- o Codificación de las prácticas según Convenio.
- o Precio de cada práctica realizada.
- o Fecha de realización.
- o Sello y firma del Odontólogo.
- o Conformidad del paciente: Firma – Aclaración – Número de Documento.
- o Tener en cuenta las normas técnico – administrativas de acuerdo al convenio de partes vinculantes.

Importante: La realización de una cantidad mayor a 4 (cuatro) prestaciones mensuales (se excluyen las placas integrantes de la prestación en este conteo) deberá ser fundamentada en la ficha de tratamiento por parte del odontólogo, *en este caso, FACTURAR SOLO CON LA AUTORIZACION PREVIA DE AVALIAN COBERTURA MÉDICA.*

Esto no implica regulación o límite en el número de prestaciones mensuales que determinen toques de facturación mensual, o restrinjan la independencia del ejercicio profesional en su faz técnica, científica, laboral y/o ética.

Importante: la realización de una cantidad mayor a 4 (cuatro) prestaciones mensuales (se excluyen las placas integrantes de la prestación en este conteo) deberá ser fundamentada en la ficha de tratamiento por parte del odontólogo, en este caso **FACTURAR SOLO CON LA AUTORIZACION PREVIA DE AVALIAN COBERTURA MÉDICA**
Esto no implica regulación o límite en el número de prestaciones mensuales que determinen toques de facturación mensual, o restrinjan la independencia del ejercicio profesional en su faz técnica, científica, laboral y/o ética.

CODIGO	DETALLE	1/1/2024
CAPITULO I - CONSULTAS		
101	EXAMEN-DIAGNOSTICO-FICHADO Y PLAN DE TRATAMIENTO Se considera primera consulta al 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. En azul trabajos a realizar y en rojo los realizados. Podrá facturarse hasta una vez por año, cualquiera fuese el número de veces que en dicho período el beneficiario demande servicio con el mismo prestador, no pudiendo facturarlos los especialistas que efectúen determinada práctica derivada de otro prestador y/o profesional. Solo se reconocerá cuando no se realice la práctica indicada	\$ 5.376,00

104	CONSULTA DE URGENCIA Se considera consulta de urgencia a toda prestación que no constituye paso intermedio y/o final de tratamiento. Se debe establecer en todos los casos el motivo de la misma. Ej. Pericoronaritis, estomatitis, cementado de coronas y puentes, flemones, hemorragias, alveolitis, aperturas dentarias en procesos endodónticos agudos, et c.	\$ 6.048,00
CAPITULO II - OPERATORIA DENTAL Todo tipo de material		
201	RESTAURACION CAVIDAD SIMPLE Se reconocerá como obturación simple a aquellas, en las que se haya practicado un adecuado tallado de la cavidad	\$ 9.240,00
202	RESTAURACION CAVIDAD COMPUESTA Se reconocerá como obturación compuesta a aquella que abarque dos caras contiguas de la pieza y en la que se haya practicado un adecuado tallado de la cavidad.	\$ 12.768,00
CAPITULO III - ENDODONCIA		
Todo tratamiento de endodoncia deberá acompañarse con las radiografías pre y post operatorias. A efectos de reconocer todo tratamiento de endodoncia, deberá visualizarse en la radiografía post operatoria la correcta preparación del o de los conductos radiculares y que el material de obturación radiopaco llegue hasta el límite cemento dentinario (a un milímetro aproximadamente). En caso de no cumplirse esta norma, se podrá solicitar al prestador los elementos de juicio que justifique el no cumplimiento de la misma al solo efecto de su reconocimiento. Toda obturación del conducto radicular que sobrepase el límite del tratamiento efectuado (y sea en un material no reabsorbible por los tejidos periapicales), se considera contraindicada. Quedando facultado a solicitar al prestador el fundamento del mismo para su reconocimiento.		
301	TRATAMIENTO UNIRADICULAR (Incluye Rx. Pre y post operatoria) Se considera elemento unirradicular a aquellos que permita la visualización, a través de la radiografía post operatoria, la presencia de un conducto radicular.	\$ 23.520,00
302	TRATAMIENTO BIRRADICULAR (Incluye Rx. Pre y post operatoria) Se considera elemento birradicular a aquellos que permita la visualización, a través de la radiografía post operatoria, la presencia de dos conductos radiculares.	\$ 26.544,00
303	TRATAMIENTO MULTIRADICULAR (Incluye Rx. Pre y post operatoria) Se considera elemento multirradiculares a aquellos que permita la visualización, a través de la radiografía post operatoria, la presencia de tres conductos radiculares.	\$ 36.960,00
305	BIOPULPECTOMIA PARCIAL (Incluye Rx. Pre y post operatoria) Biopulpectomía parcial. Cuando se realice esta práctica no se reconocerá otro tratamiento de endodoncia y su correspondiente restauración coronaria hasta un año después de efectuada la misma. Si es realizada por el mismo profesional.	\$ 12.768,00
306	NECROPULPECTOMIA PARCIAL (MOMIFICACION) (Incluye Rx. Pre y post operatoria) Necro pulpectomía parcial (momificación). Se reconocerá solamente en dientes posteriores.	\$ 5.967,56
CAPITULO V - PREVENCION		
501	TARTRECTOMIA Y CEPILLADO MECANICO Se reconocerá una vez por año	\$ 4.368,00
502	APLICACION DE FLUOR Aplicación de flúor en ambas arcadas. Se reconoce semestralmente y hasta cumplir los 13 años de edad.	\$ 5.712,00
505	SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS EN ELEMENTOS POSTERIORES En premolares y molares permanentes sanos con surcos profundos. Cada dos años, término en que no se reconoce obturación.	\$ 5.392,80
CAPITULO VII - ODONTOPEDIATRIA		
701	MOTIVACION EN MENORES DE 13 AÑOS. INCLUYE 01,01 Y HASTA 3 CONSULTAS. POR UNICA VEZ Hasta tres consultas. Se realizará por única vez cuando el paciente requiera asistencia con el mismo profesional.	\$ 10.080,00
704	TRATAMIENTO DE DIENTES PRIMARIOS CON FORMOCRESOL (No incluye Rx. Pre y post operatoria) Incluye una radiografía post operatoria. No se reconoce cuando el diente se encuentre en período de exfoliación normal.	\$ 10.416,00
CAPITULO VIII - PERIODONCIA		
801	CONSULTA PERIODONTAL, DIAGNOSTICO, PRONOSTICO Incluye la confección de la ficha periodontal seguida de tratamiento según códigos 08.14-15-16-17	\$ 7.728,00
802	TRATAMIENTO DE GINGIVITIS MARGINAL CRONICA-Por arcada Todos los cuadros gingivales cualquiera fuera su etiología. Incluye: tartrectomía, raspaje, control de placa, enseñanza de cepillado y evolución (05.01 y 05.04). Se reconocerá una vez al año. Se debe solicitar con la ficha periodontal completa: 08.01. No se solicita con el 01.01	\$ 7.728,00
803	TRATAMIENTO DE PERIODONTITIS DESTRUCTIVAS, LEVES, MODERADAS Y GRAVES (POR SECTOR) INCLUYE 0802	\$ 9.408,00
805	DESGASTE SELECTIVO O ARMINIZACION OCLUSAL	\$ 3.729,73
CAPITULO IX - RADIOLOGIA		
Toda radiografía para su reconocimiento deberá presentarse en sobre adecuado al tamaño de la misma, no contaminado, en el que conste nombre, apellido y número de beneficiario, número de elemento dentario, nombre del profesional. La corrección en la presentación estará dada además por la correcta técnica: angulación, definición, centrado, contraste, revelado y fijado. La falta de cualquiera de estos requisitos será causa para no reconocer la práctica o ser devuelta para su cumplimentación		
90101	RADRIOGRAFIA PERIAPICAL Hasta dos por ficha	\$ 2.217,60
90102	BITE-WING Hasta dos por ficha	\$ 2.217,60
90103	RADIOGRAFIA OCLUSAL 6 x 8 cm	\$ 3.259,20
90104	RADIOGRAFIA MEDIA SERIADA HASTA 7 PLACAS Se reconocerá cuando la integren 7 películas	\$ 12.096,00
90105	RADIOGRAFIA SERIADA AMBOS MAXILARES HASTA 14 PLACAS Se reconocerá cuando la integren 14 películas	\$ 12.432,00
90201	RADIOGRAFIA EXTRABUCAL	\$ 5.509,83
90203	ARTICULACION TEMPORO-MANDIBULAR (HASTA 6 TOMAS)	\$ 12.881,97
90204	PANTOMOGRAFIA	\$ 8.064,00
90205	TELERADIOGRAFIA CEFALOMETRICA	\$ 8.064,00
90206	SIALOGRAFIA	\$ 11.923,26
CAPITULO X - CIRUGIA		
1001	EXTRACCION DENTARIA Pieza dentaria y resto radicular, incluido submucosos. Para su reconocimiento deberá efectuarse la extracción completa sin que quede ningún remanente de resto radicular.	\$ 10.080,00
1002	COMUNICACIÓN BUCOSINUSAL (EXCLUYE RX) Se reconocerá con radiografía preoperatoria que justifique la realización de la práctica, debiendo informar el profesional la circunstancia de la prestación.	\$ 10.486,56
1003	BIOPSIA POR ESCESION (EXCLUYE RX)	\$ 7.459,47

Validación online

Con el objetivo de mejorar los servicios atención hacia nuestros Asociados y Prestadores, le proponemos esta modalidad de trabajo que le permitirá validar prestaciones médicas desde cualquier dispositivo conectado a Internet.

Confiamos en que la operatoria será sin dudas más ágil y transparente, con ventajas para el Asociado en un trato sin intermediaciones, y para el Prestador en una manera segura, confiable y con la posibilidad de llevar un registro de los pacientes y órdenes emitidas, posibilitando un mejor control de las prestaciones brindadas.

Alcance

Atención con credencial y D.N.I. para todos los planes de Avalian, acorde a las características de cobertura de cada uno, en Consultas y Prácticas médicas de baja y mediana complejidad.

Operatoria

Ingresar al Centro Autorizador Web de Avalian, a través del siguiente enlace:

<https://caw.acasalud.com.ar:8002/index.php>

Completar con su Usuario y Clave de ingreso (los cuales serán provistas por Avalian vía correo electrónico).



The screenshot shows the 'Avalian' logo on the left and the 'Autorizaciones Web' header. Below the header is the 'Ingreso al Centro Autorizador' section. It contains a form with fields for 'Usuario', 'Clave', and a 'Conecta' dropdown menu set to 'Prestador'. An 'Ingresar' button is located at the bottom of the form.

Si se trata de un consultorio donde atienden varios profesionales tiene la opción de ingresar como "Secretario" y autorizar de manera mucho más ágil las prácticas y/o consultas.



This screenshot is identical to the previous one, but the 'Conecta' dropdown menu is set to 'Secretario'.

En este caso se le proporcionará una clave de usuario única para el lugar de atención y una vez ingresado podrá desplegar el listado de los profesionales intervinientes



The screenshot shows the 'Avalian' logo and 'Autorizaciones Web' header. Below the header is a navigation bar with links: 'Verificación', 'Autorizaciones', 'Consultas', 'Inicio', 'Clave', 'Ayuda', and 'Salir'. The main section is titled 'Transacción AP (Consumo de prestaciones)'. It includes a date field set to '26/11/2019' and a form with fields for 'Consultorio', 'Banda Magnética', 'Nro. Afiliado / Credencial', 'Contexto' (set to 'Ambulatorio'), 'Nro. de Interacción', and 'Nro. de Seso'. A dropdown menu is highlighted with a yellow circle and an arrow pointing to it.

Pulsando sobre esta pestaña aparecerán en forma de listado todos los profesionales integrantes del prestador.

Una vez que haya ingresado al Centro Autorizador podrá realizar diferentes operaciones, como verificar si una persona tiene la cobertura de Avalian, autorizar una prestación según su especialidad y realizar consultas varias.



Verificación de cobertura

Si el Prestador desea comprobar que una persona es Asociado de Avalian, podrá realizarlo de la siguiente manera:

- A. Si dispone de lector de banda magnética, deberá posicionarse en el campo a completar y luego pasar la credencial del Asociado por el lector. Automáticamente se replicarán los datos del mismo en la pantalla.
- B. Si no dispone de lector de banda, deberá posicionarse en el campo a completar e ingresar manualmente el número de Asociado que figura en la credencial.

Al pulsar el botón “Verificar” podrá comprobar si el Asociado tiene cobertura vigente.

Autorizaciones

Ingresando a Autorizaciones el Prestador podrá validar:

Prestaciones, Consultas, Medicamentos, Laboratorio, de acuerdo a la especialidad.

- A. Si dispone de lector de banda magnética, deberá posicionarse en el campo a completar y luego pasar la credencial del Asociado por el lector de banda. Automáticamente se replicarán los datos del mismo en la pantalla.
- B. Si no dispone de lector de banda, deberá posicionarse en el campo a completar e ingresar manualmente el número de Asociado que figura en la credencial colocando la barra (/) antes de los dos últimos dígitos. Ej: xxxxxx/xx.

PRESTACION	CANT.	CODIGO	Matrícula Efector	Realizador
1)	1		Ninguna	
2)	1		Ninguna	
3)	1		Ninguna	
4)	1		Ninguna	
5)	1		Ninguna	
6)	1		Ninguna	

Luego deberá:

En Prescripción: seleccionar el tipo de matrícula, completar con el Número de Matrícula del médico solicitante y el campo Fecha con la fecha de realización de la Prestación.

Los campos correspondientes a Contexto, Nro de Internación, Nro. de Bono y Realizador no deben completarse.

En prestaciones a autorizar podrá colocar el código de la prestación convenida.

Finalmente deberá presionar el botón Autorizar para emitir la orden correspondiente

Aclaraciones

La autorización debe generarse en el momento de brindar la prestación para evitar conflictos con la aplicación de normas inherentes a cada código a autorizar.

Solo serán autorizadas las prácticas incluidas en el convenio de partes vinculantes.

Si la solicitud es APROBADA, deberá imprimir la orden de validación y completar con:

Conformidad del Asociado: firma, aclaración y número de documento.

Firma y sello del profesional con todos los datos perfectamente legibles.

Diagnóstico (si no fue consignado al momento de la validación).

06

Si la solicitud resulta NO APROBADA y el Asociado está activo, para el caso de consultas médicas o prácticas simples (excluyendo prácticas por sesión), el comprobante de atención con la respuesta de rechazo deberá ser impreso, a fin de ser facturado con el motivo que genera la continuidad de tratamiento o control, sin costo alguno al Asociado.

Si la solicitud resulta NO APROBADA sobre prestaciones no contempladas en el ítem anterior, el comprobante de atención con la respuesta de rechazo deberá ser entregado a nuestro Asociado, quien deberá comunicarse con Avalian para conocer él/los motivos de rechazo y los pasos a seguir.

Importante: Si el Asociado concurre a la atención con una Autorización Previa emitida por Avalian, y la prestación se encuentra en el listado de prácticas habilitadas, no validar por el aplicativo (para no duplicar la autorización).

Consultas

En la opción Consultas, podrá visualizar las operaciones realizadas:

Autorizaciones registradas.

Consumos Autorizados sin liquidar.

Reimprimir autorización.

Preliquidaciones.

Ayuda en línea

Ingresando en la opción Ayuda, podrá acceder a las instrucciones de uso detalladas de cada acción que necesite realizar dentro del Validador Web.



Sistema de contingencia

Ante la eventual caída del sistema, solicitamos dar atención a nuestros Asociados con la presentación de la credencial habilitante y DNI, debiendo registrar la atención en el comprobante interno de cada consultorio donde conste:

Apellido y Nombre, N° Asociado, Plan, Fecha de atención, Prestación realizada, Diagnóstico, Firma y Sello del profesional actuante y Firma de conformidad, Aclaración y DNI del Asociado.

Cuando se restablezca la conexión, el Prestador deberá ingresar los trámites pendientes, consignando en "Observaciones" la leyenda: Trámite diferido por falta de conexión, fecha: / / y hora de atención :

Relación entre autorizaciones web y la extranet web de Avalian

Desde el Validador de Autorizaciones Web haciendo click en Visitar Sitio Oficial podrá acceder a nuestra Extranet Web (www.avalian.com).



Ingresando a "Mi cuenta" desde nuestra página web (www.avalian.com) accederá a la Extranet Web de Avalian. Haciendo click en en la opción "Servicios" encontrará a nuestro Centro Autorizador

CREDENCIALES AVALIAN



- Para atenderte con un médico, en una guardia, o comprar un medicamento bajo receta, podés presentar este número en lugar de tu credencial física. Es tu nro. de asociado + un código dinámico de identificación.
- Este código dinámico dura 60 segundos y necesitarás uno nuevo por cada acción que quieras realizar. Se actualizará 3 veces de manera automática y luego podés refrescarlo manualmente sin límite.

Disponible a partir del 1/10/20

1- SOMOS LOS MISMOS

¿Por qué cambiaron su nombre a Avalian?

Somos los mismos. Las mismas caras, los mismos valores y los mismos principios. No fuimos absorbidos por ninguna organización. Seguimos siendo la misma cooperativa, parte del mismo gran Grupo Asociativo. Convertirnos en Avalian es un proceso estratégico y optimista hacia el futuro.

2- CAMBIOS

¿Tienen una nueva razón social, CUIT y dirección de facturación?

Nuestra razón social, CUIT y el domicilio al que envías la facturación serán los mismos.

¿Cómo debo realizar las validaciones de las prestaciones ahora? ¿cambia el usuario del validador online?

Las validaciones las tenés que realizar de la misma manera que hasta el momento. No se modifica el usuario, ni ningún otro dato específico de cada prestador.

¿La modalidad de atención tiene alguna modificación?

La modalidad de atención no se modifica.

¿Con quién debo comunicarme para canalizar dudas que surjan al respecto? Mantenemos nuestros canales de comunicación.

3- ASOCIADOS

¿Los asociados ya están al tanto de Avalian?

Los asociados ya saben del cambio.

¿Los asociados deben presentar credenciales nuevas? ¿hasta qué fecha puedo atenderlos con la credencial actual?

A partir del 01/10/2020 los asociados van a tener una nueva Credencial Digital, para utilizar nuestros servicios presentando sólo la app Avalian en su dispositivo móvil. Entre octubre y noviembre, también, recibirán una nueva credencial Avalian. Su credencial actual de Aca Salud tendrá validez hasta el 30/06/2021.

¿Los planes cambian de nombre? ¿Cambian las prestaciones?

No. Los planes continuarán siendo los mismos y tampoco se modifican las prestaciones contratadas.

¿Puedo aceptar prescripciones médicas o autorizaciones previas con logo de Aca

Salud? ¿Hasta cuándo? (ver rango de vigencia que figura en la misma AP) Sí, podés realizar

prescripciones o recibir autorizaciones previas tanto con Aca Salud, como con Avalian. Hasta el 30/06/2021 tendrán validez ambas nomenclaturas.