

## ANEXO I

**DOCUMENTO DE ADHESION AL CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE EL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA Y EL COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE LA I REGIÓN (MADRID), PARA TRATAMIENTOS DENTALES ESPECIALES.**

**DATOS DEL ODONTOLOGO:**

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ N° de Teléfono: \_\_\_\_\_

N° de fax: \_\_\_\_\_. N° colegiado: \_\_\_\_\_ Dirección correo electrónico:

\_\_\_\_\_

**DATOS DEL CENTRO SANITARIO EN EL QUE EL ODONTÓLOGO-ESTOMATÓLOGO PRESTA SUS SERVICIOS:**

Nombre comercial: \_\_\_\_\_

Código inscripción Sanidad: \_\_\_\_\_

Titular del centro sanitario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ N° de Teléfono: \_\_\_\_\_

N° de fax: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

DIDña.: \_\_\_\_\_,

cuyos datos se reflejan en la cabecera de este documento, **DECLARA:**

Que conoce el texto Íntegro del Convenio firmado entre el SESCAM y el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la I Región (Madrid) para tratamientos dentales especiales, y cumple los requisitos establecidos en el mismo.

Que en virtud del contenido de dicho acuerdo, acepta atender a los pacientes derivados por el SESCAM, que le hayan elegido para recibir tratamientos dentales especiales.

Que se compromete a atender a los pacientes en un plazo nunca superior a diez días desde la fecha de solicitud del tratamiento, en caso contrario se lo comunicarán al paciente para que este decida esperar o pedir cita con otro Odontólogo.

Que una vez finalizado el tratamiento entregará al paciente informe y clínico y factura del tratamiento realizado.

Que en ningún caso facturará tarifas superiores a las legalmente establecidas por el SESCAM en la fecha que se realiza el tratamiento.

Que en caso de incumplimiento de lo establecido en el Convenio, acepta ser excluido del mismo.

Que acepta los demás extremos que se contemplan en el ya citado Convenio, por lo que solicita la ADHESION al mismo.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de

Firma del solicitante

#### 2.4. Procedimientos de atención dental.

Tarifas máximas por proceso completo

Código	Concepto	Euros
23.710	Endodoncia de incisivo o canino	100,00
23.711	Endodoncia de premolar	110,00
23.712	Endodoncia de molar	150,00
23.701	Apicoformación por sesión	35,00
23.5	Ferulización del grupo anterior (incluidos reimplantes tras avulsión dentaria)	80,00
23.20	Recubrimiento pulpar	25,00
23.49	Perno prefabricado Intrarradicular	30,00
23.22	Reconstrucción después de tratamiento pulpar, traumatismo o malformación	50,00
27.5	Sutura de tejidos blandos	35,00
24.70	Ortodoncia: Estudio y plan de tratamiento	150,00
24.71	Ortodoncia: Inicio de tratamiento con aparatología fija	500,00
24.72	Ortodoncia: Inicio de tratamiento con aparatología removible	300,00
24.73	Ortodoncia: Revisiones incluyendo reposición y compostura de arcos, brackets y bandas (Anual)	600,00
24.8	Ortodoncia: Fase de retención (tratamiento completo)	200,00
24.4	Extracción supernumerario no erupcionado	70,00