

ANEXO IV NORMAS OPERATIVAS

ATENCION ODONTOLOGICA

- a) En caso de ausentarse de sus actividades por cualquier motivo, deberá avisar a sus pacientes en tratamiento y podrá proponer un reemplazante con una antelación de treinta (30) días en cuyo caso deberá avisar a **"LA OBRA SOCIAL"** acompañando el curriculum vitae, título profesional inscripción en el Registro Nacional de Prestadores que lleva la Superintendencia de Servicios de Salud y póliza vigente del Seguro de Responsabilidad Civil que abarque Mala Praxis.
- b) **"EL PROFESIONAL"** se compromete a aplicar los Programas de Prevención y Promoción de la Salud que **"LA OBRA SOCIAL"** tiene implementado para todos sus afiliados.
- c) **"LA OBRA SOCIAL"** podrá auditar en cualquier momento el cumplimiento y calidad de las prestaciones contratadas a través de los Auditores Odontológicos designados por **"LA OBRA SOCIAL"**, igual facultad podrá ser ejercida por los Auditores designados por la Superintendencia de Servicios de Salud. **"EL PROFESIONAL"** deberá permitir al auditor odontológico de **"LA OBRA SOCIAL"** acceder al registro de prestaciones odontológicas comprometiéndose este a resguardar el debido secreto.
- d) En caso de controversia se constituirá una Comisión mixta integrada por **"EL PROFESIONAL"** y un miembro de la Auditoría Odontológica de **"LA OBRA SOCIAL"** designado por ésta, quienes intentarán una solución a la situación planteada. Esta comisión se conformará dentro de los diez (10) días de solicitada por cualquiera de las partes y se reunirá en la Sede Central de **"LA OBRA SOCIAL"** (Av. Callao 766, Ciudad de Buenos Aires).
- e) El afiliado podrá solicitar la transferencia a quien éste indique, con su firma y por escrito, de todos los elementos que conforman su historia clínica con el fin de posibilitar la formación de la misma.

1- PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION

1.1. El afiliado deberá presentar en todos los casos el carnet de beneficiario y documento de identidad. De no contar con alguno de ellos comunicarse con el Servicio de Atención Telefónica 4370-1000.

Las credenciales de los afiliados cuentan con un número de once (11) dígitos y tienen una renovación automática periódica. Hay diferentes tipos de credenciales: Plan **V**, Plan **S** y Planes **P-N-L-J-E-M** y **Novo** identificables por la letra que figura al frente de la misma.

Mensualmente es publicado el listado de Credenciales Inhabilitadas. El acceso al mencionado listado lo puede efectuar por la página Web de **"LA OBRA SOCIAL"** (www.oslpasteur.com.ar). Para acceder a la misma deberá ingresar su N° de CUIT completo, corrido, sin guiones y su número de prestador

De la misma manera descripta en el párrafo anterior, los prestadores podrán acceder también al listado de afiliados alcanzados por el I.V.A

Las prestaciones realizadas a los asociados que figuren en el listado de credenciales inhabilitadas no serán reconocidas por **"LA OBRA SOCIAL"**, por lo tanto serán debitadas de la facturación.

- 1.2. Al iniciar el tratamiento **"EL PROFESIONAL"** procederá a confeccionar la ficha de prestaciones en forma clara, legible y completará los datos requeridos.
- 1.3. En el anverso de la ficha de prestaciones en la parte superior, deberán constar los datos personales del afiliado. Dado que esta ficha reflejará el estado bucodental del paciente al momento de la atención, **"EL PROFESIONAL"** registrará en el odontograma todos los tratamientos efectuados anteriormente en rojo y los tratamientos a realizar con azul.
- 1.4. **"EL PROFESIONAL"** registrará, en el reverso de la ficha de prestaciones, la fecha en que fue realizado cada tratamiento, sobre qué pieza dentaria se trabajó, el código de dicha prestación, arancel correspondiente a la fecha en que se efectuó la prestación, coseguro percibido y firmará el afiliado dando su conformidad.

2- DERIVACIONES

2.1. **"EL PROFESIONAL"** solicitará las prácticas de diagnóstico y/o tratamiento que considere necesarias a los profesionales y/o a los centros especializados que **"LA OBRA SOCIAL"** tiene contratados, exclusivamente.

"EL PROFESIONAL" utilizará su recetario particular, consignando los siguientes datos:

- Nombre y Apellido del paciente

- Nº de Afiliado
- Fecha de prescripción
- Plan (si es Plan Materno Infantil, colocar, además, "PMI")
- Detalle de la práctica
- Diagnóstico presuntivo con la codificación de la O.M.S.
- Firma, Nº de matrícula y sello aclaratorio.

- 2.2. El profesional a quien se derivó el paciente, deberá proceder a la confección de la ficha de prestaciones (1.2, 1.3, 1.4) indicando en el anverso, sólo los datos del afiliado y en el reverso la totalidad de los datos. El profesional, no podrá facturar por esta derivación el código 010100, debiendo facturar solamente las prácticas solicitadas.

3- PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS

"EL PROFESIONAL" podrá prescribir medicamentos, en cuyo caso lo hará en forma exclusiva para el paciente que motivó la consulta.

"EL PROFESIONAL" utilizará su recetario particular, consignando los siguientes datos:

Nombre y Apellido del paciente

Nº de afiliado

Plan (si es Plan Materno Infantil colocar, además "PMI")

Fecha de prescripción

Nombre del medicamento

Dosificación y cantidad recetada. Hasta tres (3) medicamentos distintos por receta, dichos productos podrán ser diferentes o con distintas formas farmacéuticas, hasta tres (3) envases del de menor contenido o uno (1) del mayor.

Antibióticos inyectables, (hasta doce (12) frasco-ampolla).

En los casos que se requieran mayores cantidades a las establecidas, se debe indicar en la receta de puño y letra de "EL PROFESIONAL", la leyenda "TRATAMIENTO PROLONGADO".

Firma, Nº de matrícula y sello aclaratorio.

La prescripción de medicamentos se realizará de acuerdo a la ley 25649, decreto PEN 987/03 y resolución 326/02 del Ministerio de Salud de la Nación y normas complementarias.

4- COBERTURA Y COSEGURO

- 4.1. "LA OBRA SOCIAL" cubre todas las prestaciones incluidas en el Nomenclador Odontológico de "LA OBRA SOCIAL".
- 4.2. En los casos que se realicen prácticas como placas de relajación, selladores o fotocurados en piezas posteriores, el afiliado deberá abonar a "EL PROFESIONAL" sólo el coseguro que figura en el Anexo ... de aranceles.
- 4.3. En el Capítulo VI, "Ortodoncia" los planes **V, S, P, N y Novo** tienen cobertura 100% (cien por ciento) a cargo de "LA OBRA SOCIAL", mientras que los planes **M, L, J, E** abonarán el coseguro según figura en el Anexo ... de aranceles.
- 4.4. En el Capítulo IV, "Prótesis" los afiliados de los Planes **S,P,N,M,L,J,E y Novo** poseen un monto de subsidio según el plan. Lo que excede el mismo será abonado por el afiliado en el consultorio de "EL PROFESIONAL". El monto es renovable por año calendario y estas prácticas están sujetas a la autorización previa que la emitirá "LA OBRA SOCIAL".
- 4.5. En el Capítulo de Implantología los afiliados del plan **V** tienen cobertura del 100% (cien por ciento) de la práctica hasta seis (6) implantes por maxilar y requiere la autorización previa de "LA OBRA SOCIAL"; Los planes **S y P** poseen monto de subsidio según el plan. Lo que excede el mismo será abonado por el afiliado en consultorio de "EL PROFESIONAL". El monto es renovable por año calendario y esta práctica está sujeta a la autorización previa de "LA OBRA SOCIAL". Los planes **L, J, N, E y Novo** abonarán el 100% (cien por ciento) del arancel preferencial establecido en el Anexo I de aranceles en el capítulo de implantología.
No abonarán coseguro los afiliados incluidos en el Plan **V** en ninguna práctica.
- 4.6. El profesional debe emitir una factura o recibo, según corresponda, al afiliado por los copagos o sumas que este abone.

5- NORMAS DE FACTURACION

5.1. “**EL PROFESIONAL**” remitirá a “**LA OBRA SOCIAL**” la ficha de prestaciones. Cuando se trate de continuación de tratamiento o pacientes derivados por otro profesional, no facturará el código de consulta ni tampoco completará el odontograma.

5.2. En el formulario de rendición de prestaciones se indicará la cantidad e importe total de fichas de prestaciones facturadas.

5.3. Las prestaciones serán facturadas de acuerdo con el valor vigente a la fecha de su realización y hasta un plazo de 60 (sesenta) días de realización de las prácticas.

5.4. “**LA OBRA SOCIAL**” una vez efectuados los controles pertinentes, realizará los ajustes que correspondiere. El detalle de los mismos, figuran en la página Web de “**LA OBRA SOCIAL**” (www.oslpasteur.com.ar). Para acceder a la misma deberá ingresar su N° de CUIT completo, corrido, sin guiones y su número de prestador.

5.5. Las prestaciones del capítulo IV deberán ser facturadas una vez concluidas las mismas, ej. 04.01.08 se facturará el día de su cementado en boca.

5.6. “**EL PROFESIONAL**” está autorizado a realizar todas las prácticas que figuran en el convenio. Para el resto de las prácticas no incluidas en el contrato “**EL PROFESIONAL**” derivará al paciente a los especialistas de cartilla. Tampoco se reconocerá la cobertura de dichas prácticas vía reintegro al afiliado, debiendo “**EL PROFESIONAL**” informárselo al paciente.

5.7. Las prácticas que necesitan autorización previa de “**LA OBRA SOCIAL**” son: Prótesis, Ortodoncia y Ortopedia, trazados cefalométricos, Implantes y tratamientos de ATM y sólo podrán ser realizadas por aquellos prestadores contratados para realizarlas.

Las autorizaciones pueden efectuarlas:

- el afiliado: Vía Mail a autorizaciones@oslpasteur.com o personalmente en los Centros y Sucursales.
- el profesional: Vía mail: autorizaciones@oslpasteur.com.ar.

5.8 La facturación no podrá exceder el plazo de sesenta (60) días corridos de realizada la prestación y se presentará en Sede Central de “**LA OBRA SOCIAL**”, Av. Callao 766, Ciudad de Buenos Aires, Centro Médico o Sucursal local.

A los fines de efectivizar el pago, la facturación de las prácticas realizadas deberán contar con los siguientes requisitos en las fichas odontológicas:

- Nombre y Apellido del afiliado
- N° completo del afiliado
- Fecha de prestación
- Código de autorización (cuando corresponda)
- Código de prestación
- Número de pieza dentaria y cara (cuando lo prestación lo requiera)
- Descripción de la práctica
- Arancel (valor según convenio)
- Firma del afiliado o responsable
- Suma total

Adjuntar la autorización, parte quirúrgico y/o consentimiento informado y radiografías, en las prácticas que lo requieran.

Si es **Responsable Inscripto** deberá presentar dos (2) facturas, una con las prácticas realizadas a los afiliados gravados con I.V.A. (nuestras credenciales lo identifican: “Prestaciones Alcanzadas por el I.V.A.”) y otra factura con los afiliados no gravados con I.V.A. (“Prestaciones exentas de I.V.A.”).

Si no es **Responsable Inscripto**, deberá presentar una única factura.

Estas facturas deberán estar abiertas en tantas planillas como lugares de atención tenga habilitados exclusivamente por convenio. En cada planilla deberá registrar claramente a qué consultorio corresponde.

Se puede acceder a la información de condición frente al I.V.A. de nuestros afiliados, a través de:

- a) La página Web de “**LA OBRA SOCIAL**” (www.oslpasteur.com.ar)
- b) Consultando telefónicamente vía IVR.

6- REFACTURACION

- 6.1. En caso de débitos, éstos deberán ser facturados dentro de los sesenta (60) días corridos de abonada la factura y en forma separada con una próxima facturación, dentro del tiempo estipulado para la presentación de ésta, adjuntando la carta de ajuste oportunamente emitida.
- 6.2. La documentación que se refactura deberá ser presentada como se indica a continuación:
 - Ficha de refacturación con leyenda aclaratoria (refacturación)
 - Fotocopia del listado de ajuste de las prestaciones debitadas
 - Planilla de rendición mensual de prestaciones

7-NORMAS GENERALES y PARTICULARES

7.1. Se aplicarán las normas generales y particulares vigentes del nomenclador de “LA OBRA SOCIAL”, las que a continuación se detallan:

CAPITULO I : CONSULTAS

CODIGO 01.01.00: Este código incluye el examen, diagnóstico, fichado y plan de tratamiento. **Se facturará una vez al año calendario por afiliado y por profesional.** Para su reconocimiento se deberá adjuntar una ficha odontológica debidamente cumplimentada con los datos requeridos, las firmas y el estado bucal del paciente, facturando dicho código en la documentación correspondiente. No lo podrán facturar los especialistas que efectúen prácticas derivadas por otro prestador.

Omitir la confección del diagrama dentario, dará lugar al débito no sólo de este código, sino la totalidad de lo facturado en la ficha correspondiente.

CODIGO 01.03.00: Visita a domicilio. Sólo para los profesionales y/o empresas contratadas para ésta práctica.

CODIGO 01.04.00: Consulta de Urgencia. **En Capital Federal y GBA solo lo podrán realizar los centros de urgencia contratados.**

Se considera consulta de urgencia a toda prestación odontológica que no constituye paso previo, intermedio, y/o final de un tratamiento o consecuencia del mismo. Ej: pericoronaritis, estomatitis, cementado de coronas y puentes, punción **y drenaje de abscesos, hemorragias, alveolitis, etc.** **Se deberá establecer en todos los casos el diagnóstico y pieza dentaria que motivan la consulta.** En todos los casos que por algún motivo la Auditoría haya debitado la práctica por no ajustarse a la norma operativa, el débito **no es refacturable.**

CODIGO 01.50.00: Consulta preventiva.

Es una consulta periódica cada **seis (6) meses** para controlar el estado bucal del paciente ya tratado. **Para su reconocimiento debe tener el afiliado un código 01.01.00 con el mismo prestador. No puede facturarse con otra práctica.**

CODIGO 015100: Consulta especialista: (dirigido a endodoncistas, cirujanos, implantólogos y ortodoncistas). Es una consulta para la especialidad de endodoncia, cirugía, implantes y ortodoncia. La misma puede ser facturada en aquellos casos que el paciente sea derivado y por motivos particulares no se realice la práctica o inicie el tratamiento. Se pueden facturar hasta tres (3) consultas por año. En el caso de los endodoncistas deberá justificar la no realización de la práctica adjuntando Rx.. **No puede facturarse asociado a otra práctica y es incompatible con el código 010100 y 060100.**

El afiliado deberá abonar copago según plan. El mismo se detalla en ANEXO I de aranceles.

CODIGO 01.61.00: Examen Bucal Escolar (**exclusiva para Centros de “LA OBRA SOCIAL”**)

Es una consulta periódica una vez al año para controlar el estado bucal del paciente y emitir certificado bucodental. **No puede facturarse con otra práctica.**

CAPITULO II RESTAURACIONES

CODIGO 02.50.00: Restauraciones

Comprende las restauraciones con cualquier material independientemente de la técnica y el material utilizado excepto restauraciones estéticas en sector posterior (premolares y molares). Se reconocerá un código por cara, cada tres (3) años en la misma pieza dentaria, si son efectuadas por el mismo profesional. En caso de caras contiguas, si existe continuidad en el material de restauración, se reconocerá un solo código. Cuando se obturen por separado, distintas fosas de la cara oclusal, se reconocerá un código por cada una.

En todos los casos se deberá informar el n° de pieza y las caras tratadas.

Durante el período de garantía, no se reconocerá la extracción de la pieza obturada hasta dos (2) años después de la fecha de realización del trabajo, si es efectuado por el mismo profesional.

CODIGO 02.61.00: Restauraciones Fotocurado Posterior

Comprende las restauraciones con material estético de fotocurado en el sector posterior (premolares y molares). Se reconocerá un código por cara, cada tres (3) años en la misma pieza dentaria, si son efectuadas por el mismo profesional. En caso de caras contiguas, si existe continuidad en el material de restauración, se reconocerá un solo código. Cuando se obturen por separado, distintas fosas de la cara oclusal, se reconocerá un código por cada una.

En todos los casos se deberá informar el n° de pieza y las caras tratadas.

Durante el período de garantía, no se reconocerá la extracción de la pieza obturada hasta dos (2) años después de la fecha de realización del trabajo, si es efectuado por el mismo profesional.

En afiliado deberá abonar un copago según el plan. El mismo se detalla en ANEXO I de aranceles.

CAPITULO III ENDODONCIA

Para la realización de las prácticas endodónticas, el beneficiario deberá consignar su firma para brindar el consentimiento necesario para autorizar la intervención y dar consentimiento a la comprensión de las indicaciones pre y posoperatorias. No se reconocerá un nuevo tratamiento dentro de los tres (3) años de realizado, en el caso de constatar que no se haya hecho la restauración indicada por el profesional tratante. Tampoco se reconocerá en caso de restos radiculares, piezas con gran destrucción coronaria y escaso soporte óseo y procesos apicales crónicos. Será responsabilidad del profesional la definición del tratamiento a seguir y el mismo deberá ser avalado por el consentimiento informado del paciente.

Para su reconocimiento, todo tratamiento deberá acompañarse por lo menos con **radiografías** pre y posoperatorias (incluidas en el valor de la prestación), que quedarán en poder de **“LA OBRA SOCIAL”**. Las mismas se presentarán en un sobre acorde al tamaño de la película y deberán identificarse con: nombre y apellido del paciente y del profesional, número de afiliado, fecha y pieza tratada. A efectos de reconocer todo tratamiento de endodoncia, deberá visualizarse en la radiografía posoperatoria la correcta preparación y obturación del o los conductos radiculares y que el material de obturación radiopaco llegue hasta el límite cemento dentinario (de 1 a 2 mm aproximadamente).

La sobreobtención del o los conductos radiculares con elementos no reabsorbibles se considera contraindicada, quedando la Auditoría facultada a solicitar a **“EL PROFESIONAL”** el fundamento de la misma para su reconocimiento. De igual forma, en los casos de tratamientos que no hayan alcanzado el límite apical, deberá especificarse el motivo para que la Auditoría Odontológica lo considere y podrá solicitarse **“EL PROFESIONAL”** los elementos de juicio que justifiquen el no cumplimiento de la norma al sólo efecto de su reconocimiento.

La derivación a los especialistas deberá realizarse en recetario indicando pieza dentaria y para su reconocimiento se deberá adjuntar la orden de derivación a la facturación.

Sólo se podrá facturar un código 01.01.00 cuando no se pueda realizar la práctica indicada por el profesional derivante especificando el motivo del rechazo.

En los casos de tratamientos en piezas dentarias con ápices que no han completado su desarrollo, podrá reconocerse la reobtención del o los conductos radiculares semestralmente y hasta un máximo de tres (3) intervenciones facturándose como un tratamiento convencional en la primera prestación y el 50 % (cincuenta por ciento) en las restantes, del valor establecido para cada código en el momento de efectuar la práctica.

Si fuera necesario continuar con dicho tratamiento por períodos superiores a los establecidos precedentemente, deberá solicitarse autorización previa a la Auditoría de **“LA OBRA SOCIAL”**, adjuntando los elementos de juicio necesarios para su evaluación.

Todo paciente que se ha realizado un tratamiento de conducto, debe ser informado que esa pieza ha quedado debilitada y deberá continuar el tratamiento protético.

En caso de no realizarlo, el paciente debe firmar que fue informado y que se hará la restauración convencional, asumiendo la responsabilidad en caso que se fracture la pieza.

CODIGO 03.01.00: Tratamiento unirradicular. Para su reconocimiento se deberá visualizar en las Rx pre y posoperatoria la presencia, instrumentación y correcta obturación del conducto radicular.

CODIGO 03.02.00: Tratamiento multirradicular. Para su reconocimiento se deberá visualizar en las Rx pre y posoperatoria la presencia, instrumentación y correcta obturación de dos o más conductos radiculares.

CODIGO 03.05.00: Biopulpectomía parcial. Se **incluye valor de dos (2) radiografías** pre y posoperatorias. No se reconocerá ningún otro tratamiento endodóntico hasta **un (1) año** después de realizada.

CAPITULO IV : PROTESIS (requiere autorización previa)

Prótesis Fija:

CODIGO 040108: (Perno muñón) Esta prestación será facturada una vez cementada en boca,(no se reconocerán pernos preformados ni tornillos, debiendo presentar Rx. Pre y **posoperatorias** No se reconocerán en los siguientes casos.

- Que el perno esté desadaptado.
- Que existan procesos apicales o lesiones de furcación.
- Que no exista suficiente remanente dentario, entre la base del perno y el piso de la pieza dentaria ya que terminaría fracturándose.
- Que la longitud del perno sea menor a la mitad de la longitud de la raíz.

CODIGO 040112: (Elemento provisorio). Todo tratamiento protético, durante desde la iniciación hasta su finalización, deberá estar acompañado de elementos provisorios (**SIEMPRE**)

La finalidad de un provisorio es:

- Proteger al perno muñón
- Proteger los márgenes gingivales y papilas dentarias.
- Mantener la encía en buen estado de salud
- En caso de la realización de puentes, mantienen la distancia entre los pilares, para que no varíe el tramo de puente, una vez tomada la impresión definitiva
- Mantener la estabilidad maxilar por medio de la oclusión.

CODIGO 045000: (Corona de porcelana). Esta prestación será facturada una vez cementada en boca. Para el reconocimiento de las prácticas de este capítulo, se deberá presentar las radiografías pre y posoperatorias (incluidas en el valor de la prestación) de las piezas dentarias en que se indique rehabilitación con prótesis fija (ej. incrustaciones, pernos muñones, coronas metálicas con y sin frente estético, coronas porcelana s/metal, etc.)

Se reconocerá **un sólo elemento provisorio** por pieza tratada.

La garantía de estas prácticas será de cinco (5) años inclusive, para los códigos: 04.01.04 - 04.01.05 - 04.01.07 - 04.01.08 - 04.01.09 - 04.01.10-04.50.00 - 04.51.00 - 04.52.00 - 04.53.00 - 04.54.00 - 04.55.00 - 04.57.00.

Prótesis Parcial Removible:

A los fines de identificar el maxilar al que pertenecen se deberán indicar con el siguiente número:

- 10** maxilar superior
- 30** maxilar inferior

La garantía es de tres (3) años para las prótesis de acrílico y de cinco (5) años para las de Cromo Cobalto.

Incluye cubeta individual, eventuales rebasados y controles posteriores.

Para la realización de los códigos **04.02.03- 04.02.04-** deberán existir un mínimo de seis (6) elementos dentarios sanos (sin caries y sin enfermedad periodontal), de lo contrario está indicado la realización de prótesis de acrílico.

Prótesis Completas:

La garantía es de tres (3) años.

Incluye los controles posteriores a su instalación. No incluye cubeta individual.

En el caso de realizar prótesis inmediata, no se reconocerá la definitiva hasta transcurrido seis (6) meses de confeccionada la misma.

Nivel de Cobertura

Las prácticas de PRÓTESIS incluidas en este capítulo están cubiertas para los siguientes planes:

V sin copago ni tope.

S-P-N-M-J-L-E y Novo de acuerdo a la modalidad de subsidio por monto determinado según plan, lo que exceda del mismo será abonado por afiliado en consultorio según lo indique la autorización emitida por la **“LA OBRA SOCIAL”**

El monto es renovable anualmente según año cronológico. Dicha práctica requiere autorización previa.

CAPITULO V : PREVENCIÓN

CODIGO 05.01.00: Módulo Preventivo Adulto. Incluye detección y control de placa, enseñanza de técnica de higiene, topicación con flúor (cualquier técnica) tartrectomía y cepillado mecánico. Se reconocerá **desde los catorce (14) años, una vez por año y por tratamiento en ambas arcadas.**

CODIGO 05.02.00: Módulo Preventivo Niños. Incluye cepillado previo, aplicación de fluor, enseñanza de técnica de higiene oral, detección y control de placa **Se reconocerá cada seis (6) meses y hasta los trece (13) años de edad inclusive, por tratamiento y en ambas arcadas.**

CODIGO 05.05.00: Sellantes de puntos y fisuras por pieza dental (premolares y molares). Se aplicará solamente en **piezas permanentes.** Se reconocerá **cada dos (2) años hasta los quince (15) años de edad inclusive.**

El afiliado deberá abonar un copago según el plan. El mismo se detalla en el ANEXO I de aranceles.

CAPITULO VI : ORTODONCIA Y ORTOPEDIA

Comprende la cobertura del tratamiento de ortodoncia y/u ortopedia para todos aquellos pacientes entre los nueve (9) a dieciocho (18) años que el diagnóstico lo indique. Los afiliados de los planes **V y S** no tienen límite de edad para la realización del tratamiento y rigen para su cobertura las mismas normas que para el resto de los planes. .

Para todo tratamiento de ortodoncia y ortopedia maxilar **“EL PROFESIONAL”** actuante deberá requerir personalmente a **“LA OBRA SOCIAL”** la autorización previa correspondiente debiendo acompañar:

- 1-Ficha de ortodoncia- Historia Clínica de Ortodoncia (según modelo institucional vigente a la fecha).
- 2-Modelos iniciales zocalados.
- 3-Consentimiento Informado (según modelo institucional vigente)
- 4-Radiografías panorámicas, teleradiografía cefalométrica, trazados cefalométricos y cualquier otro elemento de diagnóstico según criterio del especialista.

Para el reconocimiento de las diferentes etapas deberá presentar los modelos actuales acompañados de los iniciales.

Los tratamientos comprendidos en el presente capítulo incluyen todos los medios terapéuticos necesarios para la corrección de la anomalía hasta su finalización y/o alta del caso a tratar.

Incluye las placas de contención cuando se utiliza aparatología fija.

La pérdida de la aparatología instalada o sus roturas por causas inherentes al uso indebido de la misma quedará a cargo del afiliado.

La falta de continuidad a las consultas programadas durante el tratamiento sin causa justificada obligará a **“EL PROFESIONAL”** actuante a informar a **“LA OBRA SOCIAL”** dicha irregularidad y al sólo efecto de que ésta disponga las medidas necesarias, cuando las ausencias en forma regular sean superiores a los sesenta (60) días.

“EL PROFESIONAL” que inicie el tratamiento queda obligado a continuar con la asistencia del mismo hasta su finalización, o designar el reemplazante en caso de no poder continuar con la atención de los afiliados, debiendo comunicarlo a **“LA OBRA SOCIAL”** y al paciente con treinta (30) días de anticipación.

Finalizado el tratamiento, **“EL PROFESIONAL”** deberá efectuar el seguimiento del mismo en períodos semestrales y hasta un máximo de tres (3) períodos que podrán ser facturados con el código 06.51.00.

Cuando por razones justificadas el afiliado deba alejarse en forma definitiva (Ej: traslados) **“EL**

PROFESIONAL” percibirá los honorarios en forma proporcional al grado de corrección de la anomalía, según corresponda al período en que se encuentre el tratamiento.

Cuando se remitan los modelos zocalados para contralor de las etapas señaladas (códigos 06.02.02 06.03.02) se podrán facturar con el código 065000.

Esta prestación se cubre por única vez y hasta la finalización del tratamiento, a afiliados de hasta dieciocho (18) años de edad inclusive para todos los planes excepto V y S que no poseen limite de edad para la realización del tratamiento, y siendo la edad mínima de inicio del mismo los nueve (9) años. Se considera finalizado el tratamiento ortodóncico cuando se hallen todos los dientes erupcionados con una correcta llave canina, y se encuentren funcional y estéticamente en armonía oclusal.

En caso que se requiera utilización de aparatología complementaria como péndulo, diyuntor extraoral, botón denance, quadhelix, se reconocerá la primera etapa del tratamiento dos (2) veces. (060201-060201-1, 060301-060301-1).

CODIGO 06.01.00: Consulta de estudio. Comprende la confección de la ficha de ortodoncia, los modelos iniciales zocalados y todos los métodos de diagnóstico necesarios para la realización del tratamiento (cefalogramas).

CODIGO 06.02.00: Tratamiento con Aparatología Removible. Se divide en cuatro etapas:

06.02.01. Iniciación de tratamiento*

06.02.01.1 Instalación de Aparatología*

06.02.02. Mitad del tratamiento

06.02.03. Final del tratamiento.

CODIGO 06.03.00: Tratamiento con Aparatología Fija. Se divide en cuatro etapas:

06.03.01. Iniciación de tratamiento*

06.03.01.1 Instalación de Aparatología*

06.03.02 Mitad del tratamiento

06.03.03 Final del tratamiento

*Iniciación de Tratamiento: se entiende como tal la realización de todos los pasos necesarios para dar comienzo al mismo (consultas pre instalación, separación, bandas etc)

*Instalación de Aparatología: se entiende como tal la entrega y adaptación efectiva de aparatos móviles o el cementado de la aparatología en boca.

CODIGO 06.04.00: Corrección de Malposiciones Simples con espacio .Comprende los casos de Ortodoncia Interceptiva con espacio ej. cerrar diastema, pasar un diente, etc. Requiere autorización previa de la Auditoria de **“LA OBRA SOCIAL”**.

06.04.01 Iniciación del tratamiento

06.02.02 Final de tratamiento

CODIGO 06.50.00: Control modelos durante el tratamiento. Este código se facturará a **“LA OBRA SOCIAL”** cuando se remitan modelos de yeso zocalados correspondientes a los siguientes códigos 06.02.02 - 06.03.02

-

CODIGO 06.51.00: Control postratamiento. Este código se facturará a **“LA OBRA SOCIAL”** cada seis (6) meses y como máximo tres (3) veces.

El afiliado de los planes V,S,P,N y Novo no abona copago, mientras que en el resto de los planes deberá abonar un copago el según plan. El mismo se detalla en ANEXO I de aranceles.

CAPITULO VII: ODONTOPEDIATRIA

CODIGO 07.01.00: Motivación Consulta Fichado y Plan de Tratamiento en menores de diez (10) años. Se reconocerá por única vez. Incluye el código 01.01.00. Exclusivamente para odontopediatras.

CODIGO 07.02.00: Mantenedor de espacio fijo. Incluye corona en pieza dentaria y anza de alambre de apoyo. Se aplican en pacientes de hasta diez (10) años de edad inclusive y tiene garantía de por vida.

CODIGO 070.3.00: Mantenedor de espacio removible. Se reconocerá cuando falten dos (2) o más dientes primarios contiguos o más de dos (2) dientes alternados en la misma arcada dental. Se aplica en pacientes hasta diez (10) años inclusive y tiene una garantía de por vida.

CODIGO 07.04.00: Tratamiento de dientes primarios con formocresol. Se reconocerá con radiografía pre y posoperatorias incluidas en el valor de la práctica Para la realización del mismo el diente tratado no debe encontrarse en el período de exfoliación normal. Se aplica en pacientes de hasta los once (11) años de edad inclusive y tiene una garantía de por vida.

CODIGO 07.05.00: Corona metálica de acero y similares. Se reconocerá en dientes primarios con gran destrucción coronaria y que no se encuentren en el periodo de exfoliación normal. También se reconocerá en piezas permanentes con gran destrucción coronaria y pulpa sana.

CODIGO 07.06.01: Reducción de luxación con inmovilización dentaria.

CODIGO 07.06.02: Luxación total - Reimplante e inmovilización dentaria.

CODIGO 07.06.04: Fractura amelodentinaria - Protección pulpar con corona provisorias. Incluye la corona provisoria hasta los quince (15) años.

CODIGO 07.50.00: Mantenedor de Espacio Telescópico. Se reconocerá su uso en sector anterior de dientes primarios. Incluye corona de acero. Se aplica en pacientes hasta los seis (6) años de edad inclusive y por vida.

CODIGO 07.51.00: Mantenedor de espacio removible bipartito con tornillo expansor y función protética. Se reconocerá su uso en sector anterior de dientes primarios. Se aplica en pacientes hasta los seis (6) años de edad inclusive.

CAPITULO VIII: PERIODONCIA

CODIGO 08.01.00: Consulta de estudio - Diagnóstico - Pronóstico. Incluye la confección de la ficha periodontal completa. Incluye 01.01.00. Siempre se facturará con el código 08.03 y 08.04.

CODIGO 08.02.00: Tratamiento Gingivitis Marginal Crónica. Incluye ambas arcadas y los códigos 050100 y 050400. No se podrá facturar el código 080100. Se podrá facturar cada **seis (6) meses**.

CODIGO 08.03.00 Tratamiento de periodontitis Destructiva Leve o moderada. Solo puede ser efectuada **por especialistas**. Por sector - seis (6) sectores. Límite cuatro (4) piezas por sector, está permitido agrupar piezas para conformar un sector. Garantía de dos años (2). Incluye código 05.01.00- 05.02.00- 08.02.00- 08.05.00, alisado radicular, gingivectomía, colgajos, cirugía mucogingival e injerto. Se reconocerá con radiografías pre-operatorias y ficha periodontal debidamente confeccionada. Las radiografías pre-operatorias quedarán en poder del prestador por un término de dos (2) años y serán mantenidas en su archivo radiográfico para ser consultados cada vez que la Auditoría Odontológica lo solicite, las mismas no están incluidas en el valor de la práctica.

CODIGO 08.04.00 Tratamiento de periodontitis Destructiva Severa Solo puede ser efectuada **por especialistas**. Por sector - seis (6) sectores. Límite cuatro (4) piezas por sector, está permitido agrupar piezas para conformar un sector. Garantía de un año. Incluye código 05.01.00- 05.02.00- 08.02.00- 08.03.00- 08.05.00, alisado radicular, gingivectomía, colgajos, cirugía mucogingival e injerto. Se reconocerá con radiografías pre-operatorias y ficha periodontal debidamente confeccionada. Las radiografías pre-operatorias quedarán en poder del prestador por un término de dos (2) años y serán mantenidas en su archivo radiográfico para ser consultados cada vez que la Auditoría Odontológica lo solicite.

A los efectos de la identificación de los distintas zonas de la cavidad bucal, la misma se dividirá en seis (6) sectores los cuales se individualizarán de la siguiente manera:

Sector superior derecho de 1.8 a 1.4 **Sector I**
Sector antero-superior de 1.3 a 2.3 **Sector II**
Sector superior izquierdo de 2.4 a 2.8 **Sector III**
Sector inferior izquierdo de 3.4 a 3.8 **Sector IV**
Sector antero-inferior de 3.3 a 4.3 **Sector V**
Sector inferior derecho de 4.3 a 4.8 **Sector VI**

CODIGO 08.05.00: Desgaste selectivo o armonización oclusal. **Se reconocerá cuando se detalle el estudio de la oclusión y el análisis de los factores traumatizantes.** Caso contrario la práctica será debitada. Sólo se facturará con prácticas asociadas.

CODIGO 08.51.00: Consulta de mantenimiento postratamiento. Se reconocerá una vez cada seis (6) meses siempre y cuando exista un código 080300 o 080400 por el mismo prestador. Incluye códigos 050100 y 050200.

CODIGO 08.06.00: Placas oclusales acrílico removible: comprende la placa confeccionada en material acrílico realizada en laboratorio dental.

La cobertura de la misma es de **una (1) cada dos (2) años** Para su liquidación se deberá adjuntar fotocopia de factura del laboratorio dental correspondiente.

CODIGO 080700: Placa Oclusal de Vacupress o protector bucal: comprende las placas confeccionadas en vacupress, está excluida de la cobertura la confección de la misma con fines deportivos. En los casos en que la sintomatología comprometa la A.T.M no se aceptarán placas de vacupress. La cobertura de la misma es de **una (1) cada dos (2) años**

El afiliado deberá abonar copago según plan. El mismo se detalla en ANEXO I de aranceles.

La pérdida de la aparatología instalada o sus roturas (dentro del período de garantía) por causas inherentes al uso indebido de la misma quedará **a 100% (cien por ciento) a cargo del afiliado.**

CAPITULO IX: RADIOLOGIA

En todos aquellos casos en que se solicite una documentación radiográfica, deberá presentarse en sobre adecuado al tamaño de la misma y en el que conste Nombre y Apellido y de Afiliado correspondiente acompañadas del informe respectivo.

Los códigos 090101 - 090102 - 090104 y 090105 serán presentados en el porta película adecuado a la radiografía tomada y en el que se indique además la zona y/o el estudio radiográfico efectuado. La corrección en la presentación estará dada además por la angulación, definición centrado, contraste, revelado y fijado para su fácil interpretación. La falta de cualquiera de estos requisitos será causa suficiente para no reconocer la práctica o ser devuelta para su adecuación.

CODIGO 09.01.01: Se admite como máximo cuatro (4) películas. De cinco (5) a siete (7) películas se factura como código 090104 si son de la misma arcada. Se realizará 090101 pero no será facturado, por estar incluido en los códigos del capítulo III, IV y X y en los códigos 07.04. y 07.05. De ocho (8) a nueve (9) películas se facturará como código 090104 más una (1) ó dos (2) veces el código 090101, según corresponda. De diez (10) a catorce (14) películas se facturara como código 090105 (sólo para centros radiológicos).

CODIGO 09.01.02: Bitte - Wing.

CODIGO 09.01.03: Oclusal de seis (6) x ocho (8) cm.

CODIGO 09.01.04: Media Seriada (7) películas.

EXCLUSIVO PARA CENTROS DE RADIOLOGIA:

No se aplicará esta norma a prestadores del interior del país que tengan convenido con **“LA OBRA SOCIAL”** los códigos que a continuación se detallan.

CODIGO 09.01.05: Seriada de catorce (14) películas.

CODIGO 09.02.01: Extrabucales Primera exposición comprende todas las radiografías extraorales de la especialidad, exceptuadas las señaladas con los códigos 090203 - 090204 - 090205 y 090206.

CODIGO 09.02.02: Extrabucales: Por exposición subsiguiente.

CODIGO 09.02.03: Articulación Temporo Mandibular seis (6) tomas. Técnica de Schuller modificada. Incluye seis (6) tomas comparativas, tres (3) por lado.

CODIGO 09.02.04: Pantomografía: Es el estudio panorámico de la cavidad bucal y zonas vecinas, tres por año.

CODIGO 09.02.05: Tele-radiografía Cefalométrica: no incluye el o los trazados cefalométricos. Cubierta entre los seis (6) y los dieciocho (18) años inclusive: Planes V, S y Novo sin límite de edad.

CODIGO 09.02.06: Sialografía: No incluye la sustancia de contraste. Comprende el estudio con un mínimo de tres (3) placas, por glándula y por lado.

CODIGO 09.50.00: Trazados Cefalométrico: **Requiere autorización previa**, se autorizan dos por afiliado, uno en tratamiento de Ortopedia y otro en tratamiento de Ortodoncia. Cubierta entre los seis (6) y los dieciocho (18) años inclusive.

CODIGO 09.52.00: Trazado milimetrado. **Requiere autorización previa.** Práctica reservada sólo para prestadores autorizados.

CAPITULO X : CIRUGIA

Para el reconocimiento de las prácticas contempladas en el presente capítulo, “**LA OBRA SOCIAL**”, podrá solicitar la documentación que estime necesaria (Ej: Ficha Dental, Historia Clínica, Radiografías, Biopsias, etc), que justifiquen la realización de la práctica.

La falta de presentación de la documentación solicitada por “**LA OBRA SOCIAL**”, facultará la misma para no reconocer la práctica efectuada. La derivación a los especialistas deberá realizarse en recetario indicando pieza dentaria o zona a tratar, debiendo adjuntar para su reconocimiento la orden de derivación a la facturación.

Sólo se podrá facturar un código 01.01.00 cuando no se pueda realizar la práctica indicada por el profesional derivante especificando el motivo del rechazo.

En intervenciones en las que se prevea AYUDANTIA, el cirujano podrá requerir su colaboración por razones debidamente justificadas, dejando constancia de la misma en la Historia Clínica y/o Ficha Dental, debiendo solicitar la autorización respectiva a “**LA OBRA SOCIAL**”,. Todos los códigos de cirugía comprenden las consultas necesarias hasta su alta definitiva.

Las prácticas de este capítulo tendrán los siguientes códigos:

CODIGO 10.01.00: Extracción Dentaria

CODIGO 10.02.00: Plástica de Comunicación Buco-sinusal. **Sólo para especialistas de cartilla.** Para su reconocimiento deberá presentar Rx pre-operatoria, (incluidas en el valor de la prestación), que quedarán en poder de “**LA OBRA SOCIAL**”,

CODIGO 10.05.00: Reimplante Dentario Inmediato al Traumatismo.

CODIGO 10.06.00: Incisión y drenaje de abscesos por vía intrabucal. No puede facturarse asociada a otra práctica (01.04.00 / 03.01.00 / 03.02.00 / 10.01.00)

CODIGO 10.07.00: Biopsia por Escisión. **Sólo para especialistas de cartilla.** Para su reconocimiento debe adjuntar fotocopia del Protocolo de anatomía patológica.

CODIGO 10.08.00: Alargamiento Quirúrgico Corona Clínica. **Sólo se paga asociada a práctica que justifique su realización en la misma facturación.**

CODIGO 10.10.00: Germectomía. **Sólo para especialistas de cartilla.** Para su reconocimiento deberá acompañarse de Rx pre-operatoria, (incluidas en el valor de la prestación), en caso que auditoría lo requiera quedarán en poder de “**LA OBRA SOCIAL**”,

CODIGO 10.11.00: Liberación de Dientes Retenidos. **Sólo para especialistas de cartilla.**

CODIGO 10.12.00: Apicectomía. **Sólo para especialistas de cartilla.** Para su reconocimiento deberá presentar Rx pre y **posoperatoria**, (incluidas en el valor de la prestación), en caso que auditoría lo requiera quedarán en poder de “**LA OBRA SOCIAL**”

CODIGO 10.13.00: Tratamiento de Osteomielitis. **Sólo para especialistas de cartilla.**

CODIGO 10.14.00: Extracción Cuerpo Extraño. **Sólo para especialistas de cartilla.** Para su reconocimiento deberá acompañarse de Rx pre y **posoperatoria**, (incluidas en el valor de la prestación), en caso que auditoría lo requiera quedarán en poder de “**LA OBRA SOCIAL**”,

CODIGO 10.50.00: Frenectomía. **Sólo para especialistas de cartilla.**

CODIGO 10.51.00: Extracción de Diente Retenido **Retención Mucosa.** **Sólo para especialistas de cartilla.** Para su reconocimiento deberá presentar Rx pre-operatoria, (incluidas en el valor de la prestación), en caso que auditoría lo requiera quedarán en poder de “**LA OBRA SOCIAL**”,

CODIGO 10.52.00: Extracción de Diente Retenido **Retención ósea.** **Sólo para especialistas de cartilla.** Para su reconocimiento deberá presentar Rx pre-operatoria, (incluidas en el valor de la prestación), que quedarán en poder de “**LA OBRA SOCIAL**”.

CODIGO 10.53.00: Radectomía. **Sólo para especialistas de cartilla.** Para su reconocimiento deberá presentar Rx pre y **posoperatoria**, (incluidas en el valor de la prestación), en caso que auditoría lo requiera quedarán en poder de “**LA OBRA SOCIAL**”,

CODIGO 10.54.00: Autotransplante de Germen Dentario. **Sólo para especialistas de cartilla.** Para su reconocimiento deberá presentar Rx pre y **posoperatoria** (incluidas en el valor de la prestación), en caso que auditoría lo requiera quedarán en poder de “**LA OBRA SOCIAL**”,

CODIGO 10.55.00: Eliminación de Hiperplasias para protéticas. **Sólo para especialistas de cartilla.**

CODIGO 10.56.00: Eliminación de Quistes de los Maxilares. **Sólo para especialistas de cartilla.** Para su reconocimiento deberá presentar Rx pre y **posoperatoria**, (incluidas en el valor de la prestación), en caso que auditoría lo requiera quedarán en poder de “**LA OBRA SOCIAL**”,

CODIGO 10.57.00: Alveolectomía Correctiva o Estabilizadora por zona (cuatro sectores). **Sólo para especialistas de cartilla.**

IMPLANTOLOGIA (Solo para profesionales contratados y con autorización previa)

CODIGO 10.58.00 Módulo Implante en el caso de realizarse en el mismo acto quirúrgico incluye los códigos 105900: (membrana), 106000 (hueso). Se cubre por única vez y la garantía es de por vida.

CODIGO 10.59.00 Membrana (requiere autorización previa) esta práctica es incompatible con el Módulo Implante.

CODIGO 10.60.00 Hueso (requiere autorización previa) esta práctica es incompatible con el Módulo Implante.

CODIGO 10.64.00 Levantamiento de piso de seno maxilar (requiere autorización previa) práctica asociada a la colocación de implantes, consiste en levantar la cortical del seno maxilar con hueso autólogo o materiales biocompatibles a los efectos de aumentar el espesor del hueso alveolar para la colocación del

implante sin peligro de invadir el seno. Cobertura de hasta dos (2) prácticas por paciente de por vida. Requiere autorización previa. Incluye los códigos 10.59.00 y 10.60.00

NIVEL DE COBERTURA

Las prácticas de implantología están cubiertas para los siguientes planes: **V** sin copago para el afiliado con cobertura de seis implantes por maxilar, **S y P** de acuerdo a la modalidad de subsidio por monto determinado según plan, lo que exceda del mismo será abonado por afiliado en consultorio según lo indique la autorización emitida por “**LA OBRA SOCIAL**”. El monto es renovable anualmente según año calendario. Dicha práctica requiere autorización previa. El resto de los planes **N,M,L,J,E y Novo** tienen aranceles diferenciales dispuestos por “**LA OBRA SOCIAL**”, en ANEXO I de valores.

Los estudios complementarios de diagnóstico TAC están cubiertos solo para plan V-S-P, para el resto de los planes N,M,L,J,E y Joven la cobertura es con arancel diferencial y en todos los casos requieren autorización previa

NORMAS DE PROCEDIMIENTO PARA AUTORIZACION:

El paciente o profesional solicitante debe presentar a Auditoría Odontológica la documentación que a continuación se detalla:

Consentimiento informado –Implantes Dentales (según modelo institucional vigente)

Documentación Radiográfica (Rx. Panorámica) y /o TAC

Todos los ítems detallados se deben presentar en forma obligatoria para la autorización de los mismos.

Auditoría emitirá la autorización detallando código y N° de pieza dentaria correspondiente al caso clínico.

En **todos los casos debe realizarse la autorización previa** incluyendo aquellos que corresponden a planes con arancel diferencial.

NORMAS DE PROCEDIMIENTO PARA LA FACTURACION

Para la facturación de las prestaciones deberá presentar:

Autorización emitida por Auditoría Odontológica.

.

PROTESIS SOBRE IMPLANTES: (Solo para profesionales contratados y con autorización previa)

CODIGO 047402: Prótesis de acrílico inmediato: se utiliza como paso intermedio de tratamiento pos etapa quirúrgica, hasta la realización de etapa protética de tratamiento. Se autoriza una sola prótesis por maxilar .

CODIGO 047403: Prótesis completa sup/inf.. Complemento protésico de pacientes desdentados totales ambos maxilares que se realizan cuatro (4) implantes y sobre ellos completa de acrílico. Debe consignar con los números 10 para max sup y 30 para max inferior a los fines de registrar el maxilar al cual corresponde Garantía 5 años durante ese tiempo no podrá realizarse otra.

CODIGO 047404. Prótesis colada de cromo cobalto Complemento protésico de pacientes desdentados totales ambos maxilares que se realizan cuatro (4) implantes y sobre ellos completa con esqueleto de Cm Cb. Debe consignar con los números 10 para max sup y 30 para max inferior a los fines de registrar el maxilar al cual corresponde. Garantía cinco (5) años durante ese tiempo no podrá realizarse otra. .

CODIGO 047408: Emergente (poste pilar). Incluye cualquier tipo de poste pilar utilizado para cargar protéticamente el implante ya sea estándar o colado. Garantía cinco (5) años durante ese tiempo no podrá realizarse otra.

CODIGO 047412: Corona provisoria. Se cubre un elemento provisorio por pieza dentaria.

CODIGO 047450: Corona de porcelana sobre metal. Garantía cinco (5) años durante ese tiempo no podrá realizarse otra.

CODIGO 047452: Tramo de puente de porcelana s/metal. Garantía cinco (5) años durante ese tiempo no podrá realizarse otra.

CODIGO 047453: Attachment de precisión. Garantía cinco (5) años durante ese tiempo no podrá realizarse otra.

CODIGO 047455: Barra tangencial. Garantía cinco (5) años durante ese tiempo no podrá realizarse otra.

CODIGO 047456: cambio de teflones Se reconocerá una vez al año el cambio de tantos teflones como tenga la prótesis. En caso que el profesional actuante no haya realizado la prótesis deberá aclararlo en observaciones a los efectos que se pueda contemplar la cobertura.

Nivel de Cobertura

Las prácticas de PROTESIS sobre IMPLANTES incluidas en este capítulo están cubiertas para los siguientes planes:

V sin copago ni tope.

S-P-N-M-J-L-E y Novo de acuerdo a la modalidad de subsidio por monto determinado según plan, lo que exceda del mismo será abonado por afiliado en consultorio según lo indique la autorización emitida por **“LA OBRA SOCIAL”**

El monto es renovable anualmente según año calendario. Dicha práctica requiere autorización previa.

CAPITULO XI: ESTOMATOLOGIA

CODIGO 11.01.00: Lesiones Propias de la Mucosa Bucal (Epulis, Papiloma, Aftas, Queilitis, Glositis, Gingivo-Estomatitis, Herpética, Micosis, Varicela, Zoster, Lesiones Precancerosas y Cancerosas). Incluye consulta de diagnóstico, indicación de tratamiento. Se permitirá facturar hasta dos (2) códigos mensuales por afiliado.

CAPITULO XII: TRATAMIENTO DE DISFUNCION DE ATM

(Sólo para especialistas de cartilla)

Requiere en todos los casos autorización previa de auditoría odontológica, deberá adjuntarse Historia Clínica y estudios Rx. del paciente.

NIVEL I Rehabilitación articular funcional: incluye reposicionamiento y relajación de la mandíbula a través de “Tens”, toma de registros y realización e instalación de placa.

Este nivel comprende la atención del paciente durante siete (7) meses de tratamiento con controles de ajuste de placa y uso de tens para la relajación.

En caso de que para complementar el mismo sea necesaria la derivación a centros de diagnóstico para la realización de estudios (resonancia, etc.), fonoaudiólogos o kinesiólogos, se debe hacer a los indicados en cartilla y los honorarios de los mismos están excluidos del arancel pactado para este nivel.

Consultas de control: Las consultas de control postratamiento de este nivel serán reconocidas luego del cumplimiento del mismo y hasta dos mensuales. Incluye toda la terapéutica necesaria a utilizar.

En caso de que el paciente extravíe la aparatología, deberá abonar su reposición.

Este nivel no puede repetirse por el término de dos (2) años.

El especialista deberá dejar sentado en caso de que el paciente necesite un segundo nivel luego de la finalización del tratamiento para evitar que el mismo reclame por recidiva y no haya seguido las indicaciones otorgadas luego del alta. En este caso **“LA OBRA SOCIAL”** no reconocerá un segundo tratamiento.

NIVEL II. Rehabilitación oral: Incluye la rehabilitación indicada por el especialista para complementar el tratamiento recibido.

El especialista debe derivarlo a colegas de cartilla, con la indicación precisa y escrita del tratamiento indicado (ortodoncia, rehabilitación protésica, etc.)

CODIGO 120101: Consulta de estudio Patología de ATM. Comprende la confección de la ficha de diagnóstico. Se cubre por única vez.

CODIGO 120102: Consulta control postratamiento: serán reconocidas luego del cumplimiento del mismo y hasta dos mensuales. Incluye toda la terapéutica necesaria a utilizar.

CODIGO 120201: Primera etapa del tratamiento (50% inicio). Comprende el inicio del mismo utilizando todas las consultas y terapéuticas necesarias (placas, aplicación de tens) y su alcance es de cuatro (4) meses de tratamiento. No se puede repetir el mismo código por el término de dos (2) años.

CODIGO 120202: Segunda etapa del tratamiento: (30%, al cuarto mes). Comprende la mitad del tratamiento utilizando todas las consultas y terapéuticas necesarias (placas, aplicación de tens) y su alcance es de cuatro (4) meses de tratamiento. No se puede repetir el mismo código por el término de dos (2) años.

CODIGO 120203: Tercera etapa del tratamiento: (20% a los ocho meses). Comprende el final del tratamiento utilizando todas las consultas y terapéuticas necesarias. Su alcance es de un (1) mes de tratamiento. No se puede repetir el mismo código por el término de dos (2) años.

Cobertura: Se cubrirá en un 100% (cien por ciento) en los planes V-S-P.

Modalidad de pago: Se abonarán cada una de las etapas PRIMERA (al comenzar), SEGUNDA (a los cuatro meses), y TERCERA (a los siete meses), contra presentación de Historia Clínica y conformidad mensual del afiliado. En caso que sean tratamientos que requieran menos cantidad de tiempo se evaluará con auditoría..

Las presentes Normas Operativas complementan el contrato firmado entre el /la Dr./Dra.

..... y la Obra Social del Personal de Dirección de Sanidad Luis Pasteur, el día/...../....., formando un solo documento inescindible, como Anexo del mismo.