



NORMAS DE TRABAJO – OSPJN

CONSIDERACIONES GENERALES

- ❖ Según clausula 12(doce) del contrato de servicios con la OSPJN, no podrán cobrarse arancel diferencial o “plus” al afiliado bajo pena de ser considerado como grave irregularidad. En caso de existir coseguros, éstos no pueden superar el valor establecido en el nomenclador.

- ❖ **Datos de afiliación:** Deberán corroborarse los datos correctos de cada afiliado con su carnet correspondiente y validando el talón de vigencia.
En casos de afiliados que fueran dados de baja antes de completar un tratamiento, **no corresponderá la cobertura** aun cuando hubiera sido autorizada la primera etapa.

- ❖ **Refacturaciones:** Debe presentarse la documentación completa, presupuesto o ficha con débito, planilla de débito y factura de las prestaciones a refacturar.

CAPITULO I – CONSULTA

01.01 Examen diagnóstico, fichado y planilla de autorización tratamiento

Para su reconocimiento se deberá adjuntar para la facturación, **la planilla de autorización de tratamiento “on line”**, debidamente cumplimentada con los datos completos del afiliado, la firma del mismo y el estado bucal del paciente.

No debe ser facturado por los especialistas que efectúen determinada práctica de su especialidad, derivada de otro profesional prestador.

Ej. Al código 03.01.00 no podrá sumarse consulta y fichado, cuando exista derivación de otro profesional para realizar exclusivamente esa práctica.

Es utilizado para todos los afiliados a la Obra Social, a partir de los 14 (catorce) años de edad.

Tope: 1 por año

01.03 Consulta de Domicilio

Completar en todos los casos los requerimientos de la autorización on line.

En la ventana de Observaciones del Sistema Informático se deberá indicar lugar de traslado, “domicilio” o “institución”, y el motivo (Ej. Internación, parálisis, etc.), para la autorización del tratamiento.

Tope: 1 por año



01.04 Consulta de Urgencia

Se considera consulta de urgencia a la demanda espontánea motivada por una condición de patología bucomaxilofacial que requiere tratamiento inmediato e impostergable:

Pulpitis

Abscesos dentoalveolar agudo, marginal en niños, periodontal, submucoso.

Flemones de origen odontogénico.

Gingivitis ulceronecrótica aguda.

Fracturas maxilofaciales o dentarias.

Luxación ATM.

Hemorragias post-exodoncia

No podrá ser facturada cuando sea motivada por otras causas no detalladas. En todos los casos deberá consignar motivo de consulta, diagnóstico y tratamiento realizado

Tope: hasta 3 por año

CAPITULO II – OPERATORIA DENTAL

Las restauraciones simples, compuestas y complejas se consideran un acto único por pieza dentaria independientemente de las caras tratadas.

En aquellos casos que, encontrándose dentro del periodo de garantía el tratamiento realizado, se repita la restauración en la misma pieza, pero por otro profesional, la práctica se le debitará al primero.

Las piezas dentarias restauradas no podrán sufrir restauración protésica alguna, antes de 1 (uno) año de realizada la obturación.

Topes: no preestablecidos.

Garantía: en piezas permanentes 3 (tres) años.

En piezas temporales: 2 (dos) años.

CAPITULO III – ENDODONCIA

Sólo se podrán realizar esta práctica aquellos odontólogos debidamente habilitados con acreditación de títulos certificados, para el ejercicio en la especialidad.



La Obra Social reconoce tratamientos **endodónticos por única vez en la misma pieza** cuando sea realizado por el mismo profesional.

Se autorizará un (1) código por pieza.

El profesional deberá presentar radiografías pre y post operatoria, en todos los códigos pertenecientes al capítulo de endodoncia.

Las radiografías deberán ser nítidas y con buena angulación y evidenciar una correcta técnica, con materiales radiopacos.

Dichos estudios radiográficos serán presentados en **celuloide, indicando N° de pieza tratadas, datos completos del afiliado (Apellidos, nombre y número de afiliado), fecha.**

El valor de las mismas se facturará a parte hasta dos placas periapicales pre y post operatorias.

Auditadas las radiografías serán devueltas al profesional.

El profesional endodoncista, así como el odontólogo que hace la derivación, se comprometerán a informar al afiliado que deberá rehabilitar la pieza endodónticamente tratada en el término de un mes, caso contrario no se hace responsable de su eventual pérdida, fractura o necesidad de retratamiento.

- **Tope: 6 tratamientos mensuales del mismo paciente con el mismo profesional.**
- **Garantía: 5 años para piezas permanentes con ápice calcificado.**

03.01 Tratamiento Unirradicular

Para piezas dentarias de un solo conducto radicular.

Tope: 6 mensuales

03.02 Tratamiento multirradicular

Para piezas dentarias que poseen dos o más conductos radiculares.

Tope: 6 mensuales

03.05 Biopulpectomía Parcial

Sólo en piezas dentarias que no han terminado su desarrollo radicular. No se reconocerá, para el mismo profesional códigos 03.01 y 03.02 hasta completar el cierre apical.

Topes: sin topes.

Garantía: Período que dura la apexificación



03.06 Necropulpectomía Parcial

Se reconocerá en mayores de 18 años, y en dientes posteriores permanentes (molares y premolares).

Cuando este tratamiento se realice en adultos, no se reconocen otra práctica del Capítulo III.

Garantía: vida útil dentaria.

CAPÍTULO V: PREVENCIÓN

05.01 Tartrectomía y cepillado mecánico

Incluye: Tartrectomía, detección y control de placa bacteriana, Topicación de flúor por razones periodontales y enseñanza de técnica de higiene bucal. Incluye: inactivación.

En afiliados mayores de 18 años, cualquiera sea la técnica utilizada, se reconocerá un solo código cada 12 meses.

Tope: 1 año

05.02 Consulta preventiva periódica para menores

Incluye: consulta preventiva detección de placa y control de placa bacteriana, cepillado mecánico y enseñanza de técnica de higiene bucal, aplicación de flúor cualquiera sea la técnica utilizada. Inactivación.

Se reconocerá una práctica cada 6 meses para afiliados menores de 18 años, y embarazadas, por tratamiento en ambos arcos dentarios.

Tope: 1 consulta semestral.

05.05 Selladores de Puntos y Fisuras.

Se reconocerá cada un año a los afiliados menores de 15 años inclusive, en piezas permanentes, molares y premolares por pieza, debidamente erupcionadas.

No se reconocen obturaciones en la misma pieza dentaria durante ese periodo de tiempo.

- **Garantía: 1 año**
- **Tope: 6 selladores mensuales**

05.06 Carisotáticos remineralizantes

La aplicación de los carisotáticos se reconocerá uno por pieza, una vez por año, en dentición de molares temporarios con microcavidades y caries rampantes. Conlleva la aplicación del sellador correspondiente en cada pieza.

No se reconocerán obturaciones en la misma pieza durante ese periodo de tiempo.



- **Garantía: 1 año**
- **Tope: 6 piezas mensuales**

CAPÍTULO VII – ODONTOPEDIATRIA

Solo podrán brindar atención aquellos odontólogos debidamente habilitados con acreditación de títulos certificados, para el ejercicio de esta especialidad.

La OSPJN habilitará para la atención de niños y adolescentes de **hasta 15 años**, en odontología a los profesionales.

Odontopediatría

- ❖ No corresponderá cobertura del código 10.01 de extracción de piezas temporarias en periodo de recambio. En caso de extracción necesaria por infección o algún otro motivo debe justificarse con su correspondiente radiografía
- ❖ Selladores se cubrirá solo en el caso de molares permanentes.

07.01 consulta, fichado y motivación

Incluye: fichado y hasta 3 consultas de motivación en niños de hasta 15 años inclusive. Se reconocerá por única vez cuando el afiliado requiera asistencia con el mismo profesional.

Tope: 1 año

07.03 Mantenedor de Espacio

Cobertura por única vez por pieza dentaria en afiliados de hasta 10 años inclusive.

Comprende mantenedores de espacio fijo.

Incluye: corona o banda ansa de alambre de apoyo. Se reconocerá con radiografía pre y post operatoria.

07.04 Tratamiento c/ formocresol en dentición permanente.

Cobertura con radiografías pre y post operatoria y cuando la pieza tratada no se encuentre en período de exfoliación normal, o persista la mitad aproximada de la longitud de las raíces. No incluye valor de radiografías.

07.05 Corona de Acero provisoria por destrucción coronaria

Cobertura en piezas temporarias con tratamiento con formocresol o gran destrucción coronaria, cuando la pieza no se encuentre dentro del periodo de exfoliación; no incluye radiografías.



En los primeros molares permanentes hasta los 15 años de edad.

Se reconocerá con radiografías pre y post operatoria.

07.06.01 Reducción de la luxación parcial con inmovilización dentaria

Será reconocida por la Obra Social, con radiografías post operatoria. Incluye valor de las radiografías. Durante el periodo de fijación de la pieza, podrán facturarse hasta 3 consulta de control utilizando el código 01.01.

07.06.02 Luxación total – reimplante-con inmovilización dentaria

No comprende tratamiento endodónticos. Se reconocerán con radiografías pre y post operatoria.

Incluye valor de radiografía.

Durante el periodo de fijación de la pieza, podrán facturarse hasta 4 consultas de control utilizando el código 01.01.

CAPITULO VIII – PERIODONCIA

Solo podrán brindar atención aquellos odontólogos debidamente habilitados con acreditación de títulos certificados para el ejercicio en la especialidad.

08.01. Consulta de estudio, diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento

Esta práctica incluye la confección de la ficha periodontal completa y odontograma.

- **Tope; 1 consulta anual.**

08.02 Tratamiento de gingivitis marginal crónica

Incluye: Tartrectomía, Topicación con flúor, enseñanza de técnica de higiene bucal, detección y control de placa bacteriana, alisado y raspaje.

Se reconocerá como única patología hasta una vez por año. Incluye los códigos 05.01 – 05.04 y eventual gingivoplastia.

Tope: 1 tratamiento anual

08.03 Tratamiento de periodontitis leve o moderada. Bolsas hasta 5 mm por sector -6 sectores-

Incluye: motivación, raspaje, control de placa bacteriana, enseñanza de cepillado, Topicación con flúor, control de dieta, aplicación y/o irrigación de agentes químicos (fluoruros, clorhexidine, etc.).

Se reconocerá con odontograma y ficha periodontal, debidamente confeccionados hasta y cada 24 meses. Solo se facturarán los sectores terminados.



08.03.01 Cuando el sector a tratar comprende sólo 2 piezas dentarias, se facturará el 50 % del valor del código a cuyo efecto se deberá asentar en la ficha el código 08.03.01 **requiere radiografía seriada.**

08.04 Tratamiento de periodontitis severas. Bolsas de 6 mm. O más con reabsorción ósea severa y movilidad grado 2 o más sectores (6 sectores).

08.04.01 Sector a tratar de sólo 2 piezas dentarias: se facturará en 50 % del valor del código para lo que deberá asentarse en la ficha el código 08.04.01

Requiere radiografía seriada.

08.05 Desgaste selectivo o armonización oclusal.

Incluye: toda la boca. Se reconocerá cuando se remitan los elementos de juicios necesarios para su evaluación.

- **Tope: 1 desgaste anual.**

Placas Miorrelajantes

- ❖ Se recuerda que la cobertura de placas miorrelajantes se realiza con el código 08.06 que posee 100% de cobertura
- ❖ Deberá fundamentarse su indicación junto con la solicitud del código.
- ❖ Los códigos establecidos en el capítulo XII corresponden a especialistas de ATM, con controles de tratamiento indicado según la patología.

08.07 Terapia de mantenimiento.

Se reconocerá cada 6 meses. Podrá realizarse a partir de los 6 meses posteriores al tratamiento periodontal.

CAPITULO IX – RADIOLOGÍA

Las radiografías deberán presentarse en celuloide con los datos completos del afiliado – apellido, nombre y número de afiliado- y fecha, pieza dentaria tratada o sector, apellido del profesional.

Técnicamente deberá reunir las condiciones de angulación, definición, centrado, contraste, revelado y fijado para posibilitar una correcta y fácil evaluación.

La falta de cualquiera de estos requisitos será causa suficiente para no reconocer la práctica.

Los estudios radiográficos pertenecen al afiliado y quedan en resguardo del profesional hasta la culminación del tratamiento.



Radiografías periapicales de diagnóstico: se deberá indicar en todos los casos el diagnóstico presuntivo que justifique la práctica.

Radiología

- ❖ Prestaciones de Radiología deberán presentarse con bono de OSPJN para prácticas.
- ❖ Las fotos para tratamiento de ortodoncia no tienen cobertura, no pudiendo presentarse con otro código
- ❖ Los estudios relacionados con el tratamiento de ortodoncia (telerradiografía y estudios cefalométricos) solo tienen cobertura hasta los 18 años de edad.
- ❖ Estudios cefalométricos: solo se cubren 2 estudios en el mismo afiliado.
- ❖ Las Radiografías periapicales deberán realizarlas los profesionales en el consultorio. Los centros radiológicos no aceptarán órdenes con periapicales de sector o pieza.
- ❖ En la orden solo puede indicarse seriada o panorámica con diagnóstico, no pudiendo indicarse ambas prácticas en una misma orden o diferida en otra orden, caso contrario se debitará una de las prácticas al profesional que lo indica.
- ❖ Para la facturación de implantes podrá utilizarse como post tratamiento radiografías periapicales

CENTROS DE RADIOLOGÍA ESPECIALIZADA

Los profesionales que soliciten radiografías a estos centros deberán hacerlo en su recetario con el diagnóstico presuntivo que justifique el pedido.

09.01.01 Radiografía periapical.

Sin tope.

09.01.02 Radiografía Bite Wing

Sin tope.

09.01.03 Oclusal

09.01.04 Media Seriada 7 películas

Solo se reconocerán con películas radiográficas quedando sin validez aquellas que fuesen presentadas por radiovisiógrafo, no pudiendo repetirse antes de los seis meses.

- **Tope: 2 por año**



09.01.05 Seriada 14 películas

Solo se reconocerán con películas radiográficas quedando sin validez aquellas que fuesen presentadas por radiovisiógrafo, no pudiendo repetirse antes de los seis meses.

- **Tope: 2 por año.**

09.02.01: extraorales, primera exposición.

09.02.02: extraorales, por exposición subsiguiente.

09.02.03: Articulación temporo-mandibular (6 tomas).

09.02.04: Pantomografía.

09.02.05: Telerradiografía Cefalométrica.

09.02.06: Sialografía.

09.02.07: Trazado Cefalométrico.

09.02.08: Rx Carpal.

CAPÍTULO X – CIRUGÍA

10.01 Extracción dentaria simple o resto radiculares. (*)

10.05 Reimplante dentario inmediato al traumatismo.

10.06 Incisión y drenajes.

10.08 Alargamiento quirúrgico de la corona clínica. (*)

10.09 Extracción de dientes retenidos. (*)

10.10 Germentectomía. (*)

10.11 Liberación de dientes en retención mucosa. .(*)

10.12 Apicectomia. (*)

10.13 Tratamiento de la osteomielitis. (*)

10.14 Extracción de cuerpos extraños. (*)

10.15 alveolectomía correctiva por zona -6 zonas-

Solo podrán brindar atención aquellos odontólogos con acreditación de títulos certificados para el ejercicio en la especialidad y expresamente autorizados por la obra social.

(*) En todos los casos deberá adjuntarse radiografía.



Cuando la extracción este destinada a la colocación de un implante dental previa a ella deberá realizarse Rx. Panorámica.

10.16 ESTOMATOLOGÍA

10.16.00 Consulta

Implica: localización de la lesión, diagnóstico presuntivo, indicación de exámenes de diagnóstico.

Resulta del seguimiento y evolución de la patología detectada.

10.16.01 Consultas ulteriores: hasta 2 por mes.

10.16.02 Biopsia incisiva Punción Tejido Blando

10.16.03 Biopsia incisiva Punción Tejido Duro

10.16.04 Extirpación Lesión Tejido Blando

10.16.05 Extirpación Lesión Tejido Duro.

10.16.06 Mucocele Labio, Paladar y Carrillos.