

ANEXO I:

NORMAS ODONTOLÓGICAS

A partir del Mes de..... de 202..., se debe solicitar autorización online a través de la plataforma....., con el usuario y contraseña que se le notificará vía.....

Todas las prestaciones que deban ser autorizadas a través de esta modalidad, una vez autorizados deben:

- Ser impresas las autorizaciones
- Ser firmadas por el afiliado
- Ser firmadas y selladas por el profesional (con colocación de fecha de prestación)
- Presentar en la fecha de entrega de facturación

De no cumplirse será motivo de débito.

Se reconocen para cada plan:

Social/Clásico: 1 (una) prestación al mes por beneficiario + consulta.

Profesional/Total: 3 (tres) prestaciones al mes por beneficiario + consulta.

Pacientes en terapia oncológica (todos los planes) con una autorización “única”, presentando todos los códigos necesarios.

Observaciones

CAPITULO I - CONSULTAS.

01.01: Se considera primera consulta al examen, diagnóstico y plan de tratamiento. Como consecuencia del examen, la ficha (odontograma) deberá reflejar el estado actual de la boca del paciente previo al tratamiento a efectuarse (en azul lo que debe realizarse, en rojo, lo ya realizado). **Se deberá completar íntegramente el diagrama cada vez que se facture 01.01. y consignar la cantidad de elementos presentes en boca.** De no cumplirse esta norma será motivo de débito. El código 01.01 sólo se reconocerá una vez cada 12 meses, cualquiera fuese el número de veces que en dicho período el beneficiario demande servicios con el mismo prestador.

01.04: Se reconocerá consulta de urgencia a toda prestación **que no constituya un paso intermedio y/o final de tratamiento.** Se debe establecer en todos los casos el motivo de la misma: estomatitis ulcero membranosa, pericoronaritis, hemorragia, alveolitis, odontalgias y flemones; y lo realizado para la resolución de dicha urgencia. El código 01.04 se reconocerá hasta dos (2) por año, por el

mismo profesional. **No podrá facturarse en el mismo período en el que se facture el código. 01.01.**

CAPITULO II

OPERATORIA DENTAL Las obturaciones deberán tener una duración mínima de dos años en dientes permanentes y temporarios, lapso durante el cual no se reconocerá ningún tipo de repetición, ni la extracción de la pieza (salvo en casos de traumatismo), si son facturados por el mismo profesional. El profesional deberá indicar la cara y pieza a tratar. En caso de tener que realizar alguna restauración de otra cara contigua a las ya facturadas, se abonará la misma siempre que haya transcurrido un año y medio. En todos los casos deberá efectuarse un adecuado tallado de la cavidad. La obturación no debe exceder los márgenes cavitarios, ni estar sobredimensionado ni ser insuficiente, conformando una correcta anatomía dentaria y reproduciendo el punto de contacto en las caras proximales.

02.15: sólo se reconoce de canino a canino.

Durante el período de vigencia de la obturación y restauración, el profesional no deberá facturar la extracción de la pieza dentaria. Si la realiza, deberá ser debidamente justificado por escrito en sobre cerrado para el Auditor acompañando, en ese caso, con una Rx de observación. En caso de repetir una práctica por otro profesional en el período de vigencia de la misma., la Auditoría solicitará una Rx preoperatoria; que quedará con el original en la Obra Social; que justifique la repetición, y se autorizará al segundo.

CAPITULO III – ENDODONCIA.

03.01: Tratamiento unirradicular.

03.02: Tratamiento multirradicular.

03.05: Biopulpectomía parcial. Este código se reconocerá mientras lo ápices

permanezcan abiertos (dientes permanentes jóvenes).

03.06: Necropulpectomía parcial. Este código se reconocerá mientras lo ápices permanezcan abiertos (dientes permanentes jóvenes).

IMPORTANTE: Todo tratamiento de endodoncia deberá acompañarse de Rx pre operatoria para su autorización y Rx post operatoria para su cobro. Las mismas están incluidas en el valor total de la practica

En todo tratamiento de endodoncia deberá acompañarse para su reconocimiento de las radiografías preoperatoria, conductometría y postoperatorias. No podrá

facturarse más de dos en un mismo mes salvo, en caso de ser elementos contiguos, podrán realizarse conjuntamente **con previa autorización de auditoria**, siendo obligatoria para su autorización, la presentación de radiografía preoperatoria con datos del paciente enviada a: auditoria.odontologica@ossacra.org.ar (cualquier constancia adicional que fuera solicitada).

Incluye las radiografías necesarias para su realización. Todo tratamiento deberá efectuarse bajo aislamiento absoluto del campo operatorio. En la radiografía de conductometría deberá observarse la imagen del diente con el correspondiente clamps metálico colocado. Garantía 3 años.

En todo tratamiento deberá visualizarse en la radiografía final la correcta preparación y obturación del o de los conductos radiculares con material radiopaco hasta 1 ó 2 mm de la terminación de la raíz (límite CDC) como referencia orientadora. De no cumplirse esta norma el prestador deberá aclarar la causa y la Obra Social podrá solicitar al prestador los elementos de juicio que justifiquen el no cumplimiento de la misma y **a sólo efecto de su reconocimiento**.

Toda obturación del conducto radicular que sobrepase el límite cemento dentinario o llegue a ocupar la zona periapical a distancia del tratamiento efectuado (y sea un material no reabsorbible por los tejidos periapicales) se considera contraindicada, quedando la Obra Social facultada a solicitar al prestador el fundamento del mismo para su reconocimiento, excepto cuando el profesional lo justifique expresamente en el ítem observaciones de la planilla de **RESUMEN MENSUAL**, el motivo de la realización de dicha obturación, pero quedando a criterio del auditor el débito o no de la misma.

Los códigos 0301 y 0302 deberán tener una duración de tres años, lapso durante el cual no se reconocerá ningún tipo de repetición, ni la extracción de la pieza, excepto que como única terapia fuera la exodoncia, en cuyo caso se fundamentará el motivo por el cual se extrajo la pieza en las observaciones del resumen mensual.

CAPITULO V – ODONTOLOGIA PREVENTIVA.

05.01: Comprende ambos maxilares y se reconocerá una práctica por año. A partir de los 7 años y hasta los 13 años de edad.

05.02: Se reconocerá semestralmente, por tratamiento y en ambas arcadas, cualquiera fuese la técnica que se utilice. Se reconocerá hasta los 13 años de edad.

05.04 enseñanza de técnica de higiene oral incluye el desarrollo de destrezas para el cepillado dental, utilizando revelador de placa bacteriana y pasaje de hilo, asesoramiento dietético. Se reconoce una (1) vez al año (cada 12 meses). De seis (6) a doce (12) años inclusive.

05.05: Se reconocerá en elementos posteriores permanentes desde los 6 hasta los 15 años de edad. Deberá tener una duración de dos (2) años, período en el cual no se podrán facturar los códigos de operatoria, endodoncia, exodoncia ni la repetición de la práctica. Debe indicar cara, caso contrario será motivo de débito.

05.06: Se reconocerá en elementos temporarios, después de 18 meses del tiempo de erupción de los mismos, por única vez, indicando las caras. Incluye las aplicaciones posteriores que fueran necesarias.

CAPITULO VII – ODONTOPEDIATRIA.

07.01: incluye hasta tres consultas. Se considera primera consulta al examen, fichado, diagnóstico y plan de tratamiento en beneficiarios menores de 15 años de edad y considerando hasta 3 sesiones de motivación. Como consecuencia del examen, la ficha deberá reflejar el estado actual de la boca del paciente previo al tratamiento a efectuarse. Se deberá completar íntegramente el diagrama cada vez que se facture 07.01. De no cumplirse esta norma será motivo de débito. El código 07.01 sólo se reconocerá una vez por año (cada 12 meses), cualquiera fuese el número de veces que en dicho período el beneficiario demande servicios con el mismo prestador.

07.02: incluye coronas en piezas dentarias y ansa de apoyo. Mantenedor removible se reconocerá cuando falten dos o más dientes primarios contiguos o más de dos dientes alternados en la misma arcada. Se podrá realizar en dientes temporarios que no se encuentren en período de exfoliación. Requiere Rx pre y post operatoria para su reconocimiento.

07.03: Para su reconocimiento deberá ser enviada radiografía post operatoria.

07.04: Se reconocerá sin inicio de edad y por única vez. Hasta los 8 años de edad inclusive. Se podrá realizar en dientes temporarios que no se encuentren en período de exfoliación o tuvieran el 2/3 de raíz. Requiere Rx pre y post operatoria para su reconocimiento. Códigos 07.02 y 07.04: cubre hasta los 13 años.

07.07.09: para su reconocimiento deberá ser enviada radiografía post operatoria (incluida en el valor de la prestación). Dónde se deberá observar la exposición pulpar y la colocación del material de protección y restauración.

CAPITULO VIII – PERIODONCIA.

Las prácticas de periodoncia (excepto código 08.02) requieren la presentación de ficha periodontal, seriada radiográfica, fotografías de arcadas superior e inferior (frente en pmi y lateral derecho e izquierdo en pmi), diagnóstico por sector, plan de tratamiento y autorización previa de auditoría, que se realizará en formato digital enviando fotografía (de calidad) al mail de auditoria..... que tendrá una demora de 5 a 10 días hábiles.

PACIENTE ONCOLÓGICO: No requiere autorización previa, debe ser presentado en el resumen mensual y enviar vía mail lo solicitado en cualquier otro paciente. Cualquier falta en la presentación de la documentación será motivo de débito.

Código 08.01 Incluye la confección de la ficha periodontal respectiva (de acuerdo al modelo que se adopte) la cual deberá acompañar a todos los códigos incluidos en este capítulo.

08.02: Comprende todos los cuadros gingivales cualquiera fuese su etiología. Se reconocerá una vez por año. Incluye ambos maxilares y en pacientes mayores de 13 años (salvo gingivitis en menores de 13 años que así lo requieran, con autorización previa de auditoría, con presentación de fotografías al mail de auditoría. Incluye: Tartrectomía, raspaje, control de placa, enseñanza de técnica de higiene oral, colocación de fluoruros y evaluación. Eventual gingivoplastia. El código 08.02 incluye al código 05.04.

08.03: Tratamiento de Periodoncia (Bolsas de hasta 5mm. por sector). O presencia de retracciones gingivales.

08.04: Tratamiento de Periodoncia (Bolsas de 6 mm. o más por sector)

Los códigos 08.01, 08.03 y 08.04 serán reconocidos una vez por año, por sector, seis sectores, con autorización previa (solicitar la misma en Auditoría). En recetario indicar todos los códigos a autorizar, especificando sector.

El código 08.01 incluye la confección de la ficha periodontal de OSSACRA, la cual deberá acompañar los códigos reconocidos de este capítulo.

Los códigos 08.03 y 08.04 se reconocerán, por sector, con seriada radiográfica y ficha periodontal. Incluye enseñanza de técnica de higiene oral.

NOTA: Sólo se reconocerá Rx Panorámica como preoperatoria en grandes tratamientos periodontales (o sea tratamientos de los seis sectores) Exclusivamente para el código 08.04 y debidamente justificado. Se considerarán seis (6) sectores; tres (3) superiores y tres (3) inferiores. Deberá considerarse no menos de tres (3) piezas dentarias por sector. En caso de piezas aisladas en pacientes parcialmente desdentados, sumadas de cuatro a seis piezas, completan un sector, sea cual fuera la ubicación de la pieza dentaria en boca.

CAPITULO IX – RADIOLOGIA.

Se presentarán en sobre, consignando nombre y número del afiliado, diagnóstico, fecha, además deberá indicar zona y motivo de la misma. **NO SE ACEPTA LA RX. CON RADIOVISIOGRAFO.** Las radiografías seriadas se presentarán en formato digital (en caso de ser para autorización de terapia periodontal). La corrección en la presentación de la Rx estará dada por angulación, definición, contraste, revelado y fijado, con el objetivo de facilitar su interpretación. La falta de cualquiera de estos requisitos podrá ser motivo de débito. Código 09.01.01 se admite como máximo 3 (tres) Rx. facturadas en forma individual.

De cuatro a siete películas, se facturan como código 09.01.04 (indicar el motivo). De ocho a catorce se facturan como código 09.01.05 (indicar el motivo).

Códigos 09.01.04 y 09.01.05: una facturación de cualquiera de estos códigos por año.

09.01.01. Periapical. Técnica de con corto o cono largo.

09.01.02. Bite wing

09.01.03. Oclusal 6 x 8 cm.

09.01.04. Radiografía dental media seriada. 4 a 7 películas. (Se presentan de manera digital)

09.01.05. Radiografía dental seriada. 8 a 14 películas. (Se presentan de manera digital)

IMPORTANTE: NO SE RECONOCERAN LOS CODIGOS 09.02.04 Y 09.02.05 CON DIAGNOSTICO PARA ESTUDIO DE ORTODONCIA NI IMPLANTES.

CAPITULO X – CIRUGIA BUCAL.

10.01: indicar pieza.

10.02: indicar pieza dentaria o sector con documentación radiográfica respaldatoria. (Rx. Pre Operatoria). Si la comunicación buco-sinusal ocurre en el mismo acto quirúrgico que la exodoncia NO corresponde facturar el código 10.02.

10.03: presentar estudio anatomopatológico.

10.09.00 extracción de elementos en retención ósea. Deberán presentarse con rx pre y post operatoria (valor incluido en la práctica). Se considerará diente retenido cuando la Rx previa muestre la necesidad de una amplia osteotomía y/u odontosección, debido a la inclusión completa en el tejido óseo o en posiciones anormales: horizontal, invertida y transversal.

10.09.01 extracción de elementos en retención mucosa. Deberán presentarse con rx pre y post operatoria.

10.10: Germectomía. Para su reconocimiento se deberá acompañar de radiografía pre y post operatoria. Cuando se traten de extracciones de premolares por razones Ortodóncicas se autorizarán a partir de los diez años, excepcionalmente se reconocerá antes de esa edad con los estudios cefalométricos correspondientes que respalden la necesidad de extracción.

10.11: Liberación de dientes retenidos.

10.14. Extracción de cuerpo extraño. Con informe y radiografía previa para su autorización.

10.15 y 10.16:(o estabilizadora) única prestación mensual, con rx previa (enviada de manera digital para su autorización y presentada en formato física en el resumen mensual del paciente) y radiografía posterior(incluidas en valor). La falta de presentación de radiografía será motivo de débito.

Para **código 10.20** (frenectomía) debe solicitar autorización previa con informe del odontólogo y fotografías adjuntas (digital) enviadas al mail de auditoría
.....

PACIENTES BAJO TERAPIA ONCOLOGICA: *El médico oncólogo actuante emitirá un certificado. El odontólogo lo atenderá, adicionando el número 80 al código de cada prestación realizada (por ejemplo: 01.01.80). Cobertura 100% y adjuntará al resumen mensual, fotocopia del certificado firmada por el afiliado o su representante legal.*