



ANEXO II - CÍRCULOS

NORMAS PARA LA ATENCION DE AFILIADOS PERTENECIENTES A LA CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ESCRIBANOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Los odontólogos que hayan adherido a los convenios establecidos entre la Caja de Seguridad Social para Escribanos de la Provincia de Buenos Aires y la Entidad a la cual pertenecen, adecuarán sus tareas a las normas que van a continuación, y cuya observancia es necesaria para la debida automatización del sistema de control y para facilitar la agilización de los trámites que supone el aspecto administrativo de las liquidaciones presentadas.

Para hacer uso del denominado “sistema de atención por convenio”, los afiliados deberán recurrir a cualquiera de los profesionales que atienden por este régimen munidos de los documentos que los acrediten como tales, único requisito que debe cumplimentar para iniciar su asistencia. **Si fuera adherente deberá, además, presentar el recibo de pago de la cuota del mes en que solicita la prestación, sin excepción. En caso contrario, los importes facturados podrán ser debitados.** Finalizados los trabajos, los interesados procederán a firmar, en los renglones correspondientes, la ficha odontológica que le presentará el profesional, con lo que se dará carácter de autenticidad a la prestación recibida. **La Entidad (Círculo, Asociación, Sociedad, etc.) deberá presentar la Facturación acompañando la Factura correspondiente, las Fichas debitamente confeccionadas, el material respaldatorio (Rx, fotografías) y un Resumen de las presentaciones de cada odontólogo.**

La Caja de Seguridad Social se hace cargo en forma total (100 %) de los trabajos consignados en los códigos incluidos en las tablas arancelarias

CONFECCION DE LA FICHA ODONTOLOGICA

Es requisito indispensable que el profesional haya registrado con claridad y precisión todos los datos solicitados en la ficha odontológica correspondiente.

1) Anverso de la ficha

a) La ficha se confecciona a nombre del paciente. Debe constar el número de afiliado, domicilio, fecha de nacimiento y parentesco.

En lo referente al profesional actuante deben consignarse los siguientes datos: apellido y nombre, matrícula, domicilio y teléfono.

b) Importante: registrar en color rojo todos los tratamientos anteriores que presente el afiliado y en color azul los tratamientos que sean necesarios realizar, utilizando el sistema de “referencia” que figura en el anverso. Se marcará en rojo todas las superficies que hayan sido obturadas con anterioridad al examen.

c) En caso de encontrar una pieza ausente en el momento de confeccionar la ficha, se colocará sobre la pieza correspondiente un signo rojo en forma de X. Si, fehacientemente, se trata de una extracción, se asentarán dos rayas horizontales (=).

d) Marcar en color azul todo el contorno de las superficies afectadas con caries.

e) En los casos en que esté indicada la extracción de la pieza dentaria, será marcada con una línea azul horizontal (-).

f) En el sitio destinado a ese efecto, debe indicarse el número de piezas dentarias existentes en el momento de proceder a consignar los datos requeridos.

2) Reverso de la ficha



Caja de Seguridad Social para Escribanos de la Provincia de Buenos Aires

- a) Se registrarán en orden cronológico, todas las prácticas que hayan sido finalizadas, no asentándose los pasos intermedios.
- b) Para dar validez a la ficha odontológica, el profesional deberá refrendarla en el lugar reservado para tal fin.
- c) Todos los trabajos realizados deben ser certificados, renglón por renglón, por la firma del afiliado o de un familiar.
- d) Siempre debe registrarse la primera consulta (código 01.01), indicándose la fecha y llevar la firma de la persona atendida.
- e) En la columna “código” se deberá especificar el tratamiento realizado, mediante la utilización del número de código que figura en la nómina de prácticas reconocidas en el anexo.
- f) En la columna “pieza dentaria” debe identificarse la unidad dental tratada de acuerdo a la numeración del diagrama existente en la ficha.
- g) En la columna “ubicación” debe especificarse la cara – o las caras – de la pieza dentaria tratada.
- h) Columna “fecha”: para cada una de las prestaciones debe especificarse el día en que fue realizada.

NORMAS PARTICULARES

A continuación se indican algunas disposiciones que deberán tener en cuenta al utilizar los distintos capítulos del Nomenclador.

Capítulo I

- a) El código 01.01 será reconocido y podrá facturarse por única vez, cualquiera fuese el número de veces que el afiliado demande los servicios del mismo profesional. Posteriormente (a partir de los seis meses de la última prestación) se podrán facturar consultas preventivas periódicas cada seis meses (código 01.06) **siempre y cuando no estén acompañadas de otras prácticas.**
- b) Horario nocturno considerado: de 22 a 7 hs., siempre que no coincida con las horas de consulta del profesional.
- c) Código 01.03: solamente para enfermos impedidos que torne imposible su concurrencia al consultorio.
- d) Código 01.04: a los fines prácticos, se aclara que es considerado como tal, prestaciones como pericoronaritis, estomatitis, cementado de coronas o puentes, hemorragias, alveolitis, etc., es decir todo lo que signifique una consulta de urgencia y que no constituya paso intermedio de tratamiento. En todos los casos es necesario indicar el tipo de atención dispensada.

Capítulo II

- a) **Las restauraciones con amalgamas, composites u otros materiales deberán tener una duración mínima de dos (2) años. Pasados seis (6) meses podrá facturar otra restauración en otra cara de la misma pieza dentaria.**
- b) Durante esos lapsos no se abonará la repetición de las mismas, salvo casos de fracturas, circunstancia que deberá aclararse como asimismo enviar las correspondientes radiografías.
- c) Para las piezas dentarias que hayan sido obturadas, no se reconocerá la extracción hasta **seis (6) meses** después de la obturación.
- d) Para las reconstrucciones con tornillo en conducto (códigos 02.17 y 02.04), de ángulo con refuerzo metálico (diente anterior, 02.09) se acompañarán una radiografía **periapical** postoperatoria.



Caja de Seguridad Social para Escribanos de la Provincia de Buenos Aires

e) Cuando se facturen más de dos caras en la misma pieza dentaria se considerará el código de máxima complejidad.

Capítulo III

a) En todos los tratamientos endodónticos, es indispensable la presentación de radiografías pre y postoperatorias, requisito sin el cual no se dará curso a la liquidación correspondiente.

b) En los tratamientos totales se autorizan hasta cuatro radiografías (preoperatoria, conductometría, conometría y postoperatoria). Si se facturan radiografías intraoperatorias, éstas también deben presentarse con la facturación.

c) El tratamiento denominado “necropulpectomía parcial” (momificación) sólo se reconocerá en molares y premolares, cuando sea imposible el acceso a los conductos radiculares.

d) Se reconocerán como tratamientos multirradiculares los que permitan constatar por medio de las radiografías presentadas la presencia y tratamiento de dos o más conductos radiculares.

e) En los tratamientos endodónticos el arancel convenido contempla los gastos y honorarios profesionales independientemente que sean realizados en forma manual o mecanizada.

Capítulo IV

a) En los valores estipulados para las prácticas realizadas como prótesis fijas, **el arancel convenido** corresponde al total del código, estando incluidos **los gastos y honorarios profesionales**.

b) Para las “prótesis fijas”, deberá solicitarse autorización previa, adjuntando ficha y radiografías preoperatorias. En las prótesis extensas denominadas “rehabilitación oral”, deberán aportarse los elementos valorativos (historia clínica, modelos, plan de tratamiento, Rx intraorales, panorámicas, etc.) que faciliten la adecuada evaluación de los trabajos a realizar. Con la facturación de los trabajos deberá presentar las radiografías postoperatorias correspondientes, **periapicales en el caso de coronas o puentes de un sector y de Rx Panorámicas en las rehabilitaciones más complejas.**

c) La Caja contempla la cobertura de las incrustaciones que restauran piezas dentarias con cavidades compuestas o complejas (código 04.01.02). También se requiere autorización previa con Rx periapical preoperatoria. En la facturación se deberá presentar una Rx periapical postoperatoria independientemente de la radiopacidad o radiolucidez del material utilizado. **Las incrustaciones simples deberán facturarse bajo el código 02.15.**

d) En las prótesis removibles parciales y completas también deberá solicitar autorización previa, **en las parciales indicando las piezas dentarias a reemplazar.**

e) Código 04.02.05: Prótesis parcial inmediata. En este código están comprendidos la cubeta individual, los retenedores, cualquier número de dientes, un eventual rebasado y los pertinentes controles. No se reconocerá la facturación de la prótesis definitiva hasta un lapso de **cuatro (4) meses. Para los sectores posteriores cuando se utilicen prótesis removibles temporarias (cortas, de un solo sector,**



Caja de Seguridad Social para Escribanos de la Provincia de Buenos Aires

vulgarmente llamadas “arañitas”, que reemplazan hasta tres (3) piezas dentarias ausentes) se reconocerán al 50 % del código 04.02.05, bajo el código 04.02.06.

f) Código 04.03.03: Prótesis completa inmediata. Las mismas disposiciones del código 04.02.05, excepto “retenedores” y “dientes”.

g) En el rubro “prótesis” no existe coseguro **a cargo del afiliado**. La Caja abonará el 100% del valor total de las prótesis.

h) Reconocimiento de los trabajos (“garantía”)

Prótesis removible: **tres (3) años**.

Incrustaciones: tres (3) años

El código 04.01.11 tendrá una “garantía” de treinta (30) meses.

Prótesis fija: cinco (5) años. **En circunstancias de que el mismo profesional tenga que rehacer una prótesis fija después de que transcurran tres (3) años, La Caja la autorizará con una cobertura del 60% del arancel vigente. Si la repetición transcurriera entre los cuatro (4) y cinco (5) años para el mismo profesional la cobertura será del 80 % del arancel vigente. En ambos casos es sin cargo para el afiliado.**

En cambio, si la prótesis fija a rehacer fue confeccionada por otro profesional se podrá autorizar la realización con los mismos porcentajes antedichos a cargo de La Caja y la diferencia a cargo del afiliado.

i) El “rebasado” se podrá facturar después de los **seis (6) meses** de instalada la prótesis, luego **se podrá autorizar hasta uno por año**.

j) Para las prácticas de este Capítulo, la Caja requerirá al profesional actuante las radiografías pre-operatorias y post-operatorias para una mejor evaluación del tratamiento.

k) Las cubetas individuales se podrán facturar cuando se realicen prótesis completas y parciales **removibles** a extremos libres.

Capítulo V

a) El código 05.01 se reconocerá una vez por año.

b) El código 05.02 podrá facturarse una vez cada seis meses por tratamiento y en ambas arcadas. Incluye el código 05.01. **En el código 05,01 el tiempo de garantía se reduce a la mitad para las afiliadas embarazadas y en el código 05.02 lo mismo para los niños con alta actividad cariogénica, en este último caso, con autorización previa.**

c) La enseñanza de las técnicas de higiene se reconocerá por una sola vez **con el mismo profesional**

d) Código 05.05: Selladores de puntos y fisuras. Se reconocerán semestralmente **en las caras oclusales de premolares y molares permanentes; en otras piezas dentarias deberá solicitarse autorización previa.** Deben especificarse las piezas y caras tratadas.

Capítulo VI

Para poder facturar tratamientos de ortodoncia y ortopedia los profesionales deberán inscribirse para tal fin y podrán aparecer en el listado de profesionales como Ortodoncistas o dedicados a esa especialidad según corresponda, para lo cual deberán remitir el título de Especialista o los antecedentes en la materia.



Caja de Seguridad Social para Escribanos de la Provincia de Buenos Aires

a) Se requerirá autorización **previa** para iniciar el tratamiento remitiendo a la Caja los siguientes elementos:

- 1- Fotografías de frente y perfil facial,**
- 2- Fotografía de las arcadas dentarias en oclusión mostrando la línea media,**
- 3- Fotografías de las arcadas dentarias en oclusión mostrando las llaves caninas y molares de ambos lados**
- 4- Radiografía Panorámica o Teleradiografía de perfil o trazados cefalométricos.**

5- Historia Clínica donde conste:

- Diagnóstico morfo-funcional del caso a tratar.
- Pronóstico.
- Plan del tratamiento.
- Duración aproximada del mismo.
- Tipo de aparatología a emplear.

Excepcionalmente y por causas justificadas, las fotografías clínicas y las radiografías podrán ser reemplazadas por los tradicionales modelos de yeso zocalados con las marcas en la línea media, llaves caninas y molares de ambos lados.

b) Los tratamientos de ortodoncia incluyen todos los aparatos necesarios para la corrección de la anomalía hasta su finalización, **inclusive la contención fija o removible y los controles inmediatos al tratamiento terminado.**

c) La pérdida de los aparatos colocados o sus roturas por causas atribuibles al mal uso de los mismos, no están comprendidos en los valores reconocidos por el presente capítulo **y quedarán a cargo del afiliado.**

d) La Caja hará efectivos los importes que fijen los aranceles vigentes en tres etapas, distribuidos de la siguiente manera:

- 1.- Primera etapa: Al iniciar el tratamiento y con la aparatología colocada.
- 2.- Segunda etapa: Cuando se considere – pese a lo relativo de la estimación – que el tratamiento se encuentra en la mitad del tiempo estimado para su ejecución, etapa cuya determinación se deja librada al criterio y certificación del ortodoncista.
- 3.- Tercera etapa: Al **concluir** el tratamiento, con la certificación pertinente y **las fotografías mostrando los resultados obtenidos (frente y perfil facial, y de las arcadas dentarias en oclusión mostrando la línea media, las llaves caninas y molares de ambos lados)** y la conformidad del afiliado.

e) Los porcentajes se harán efectivos en base a los montos arancelarios vigentes al momento de cada facturación.

f) En el Capítulo “ortodoncia” no existe coseguro **a cargo del afiliado**. La Caja abonará el 100% del valor total de los tratamientos **autorizados** de ortodoncia y ortopedia. Las “etapas” se abonarán de acuerdo a estos porcentajes: primera etapa (40%), segunda etapa (20%) y tercera etapa (40%).

g) Para el código 06.02 (tratamiento de la dentición primaria o mixta) **se requiere autorización previa presentando los mismos elementos solicitados para el código 06.03.**

h) El código 06.03 (tratamiento de la dentición permanente) comprende la **corrección total de la anomalía, cualquiera sea la técnica usada.**

i) El código 06.04 comprende los casos de ortodoncia interceptiva con espacio (cerrar diastemas, pasar un diente, etc.).

Las fotografías aludidas e incluso las Radiografías podrán ser presentadas por medios electrónicos (CD, DVD, correo electrónico, etc.).



Caja de Seguridad Social para Escribanos de la Provincia de Buenos Aires

La Caja cubre una sola vez cada tipo de tratamiento; si la Caja le hubiese cubierto una o dos etapas del tratamiento y lo hubiese abandonado, si quisiera rehacer el tratamiento La Caja le cubrirá solo la o las etapas no cubiertas.

Capítulo VII

a) Para los “mantenedores de espacio fijos” y coronas de acero y similares deberán enviarse radiografías **periapicales** postoperatorias. . Cuando se facture un mantenedor de espacio deberá marcarse en la ficha la pieza ausente del espacio que se quiere mantener.

b) El código 07.06.02 no incluye el tratamiento de conducto.

c) La Caja podrá requerir, cuando lo estime necesario para la evaluación de los trabajos, radiografías pre y postoperatorias para las distintas prácticas comprendidas en este Capítulo.

Capítulo VIII

a) El código 08.01 se reconoce una vez por año y en el mismo está incluido el código 01.01.

b) Los códigos 08.03 y 08.04 se abonarán “por sector” cuando se traten por lo menos de cuatro piezas dentarias. En caso contrario se considerarán “por pieza”, efectuándose la estimación que corresponda. A esos fines se establece como de seis piezas la región anterior (canino a canino) y como de cinco piezas las regiones posteriores.

c) El código 08.02 comprende todos los cuadros gingivales cualquiera fuese su etiología, incluyendo: tartrectomía, raspaje, control de placa, enseñanza de cepillado y una eventual gingivoplastia. **Se reconocerá un tratamiento por año.**

d) El código 08.05 se reconocerá cuando se detalle el estudio de la oclusión y el análisis de los factores traumatizantes, remitiendo los elementos de juicio para su evaluación.

e) En los tratamientos periodontales (códigos 08.03 y 08.04), deberá solicitarse la correspondiente autorización con el envío de la ficha periodontal y las radiografías preoperatorias, las que serán devueltas.

f) Si hubiese necesidad de repetir algún tratamiento se requerirá autorización previa **explicitando los motivos.**

g) El código 08.06 incluye la cubeta individual y controles posteriores. **Se reconocerán dos (2) tipos de Placas oclusales; las termoplásticas (tipo vacupress) y las rígidas de termocurado. Podrán repetirse si fuera necesario cada 12 meses. Con la solicitud de autorización deberá indicar diagnóstico, tipo y material de la placa. El arancel de las termoplásticas será del 70% de las rígidas o de termocurado. De no indicar el tipo de material se abonará la de menor valor.**

h) El código de mantenimiento de la salud periodontal (cód. 08.07) podrá facturarse a los seis meses de finalizado el tratamiento. Posteriormente, una vez por año. Si fuese necesario repetirlo con mayor frecuencia se solicitará autorización explicando los motivos. No podrá facturarse con los códigos 01.06, 08.01, 05.01 ni 05.02.

Capítulo IX

a) Sólo se aceptarán radiografías seriadas de boca en los siguientes casos: periodoncia, ortodoncia e investigación de focos sépticos (una por año) o en pacientes con numerosas patologías.

b) En todos los casos deberá indicarse el motivo que originó la



Caja de Seguridad Social para Escribanos de la Provincia de Buenos Aires

práctica. Si se extiende una orden radiográfica para ser realizada por terceros, en ella deberá indicarse el motivo o el diagnóstico presuntivo.

c) Será rechazada toda radiografía que no presente un mínimo aceptable de condiciones técnicas, no abonándose en estos casos los tratamientos correspondientes.

d) Las radiografías que no tengan que presentarse acompañando el tratamiento, deberán quedar en el archivo profesional por el término de un año.

e) Norma particular para el código 09.01.01: Se admiten **hasta** cuatro tomas. De cinco (5) a siete (7) películas se facturan como código 09.01.04.

De ocho (8) a nueve (9) películas se facturan como código 09.01.04 más una o dos veces el código 09.01.01, según corresponda.

De diez (10) a catorce (14) películas se facturan como código 09.01.05

f) Códigos 09.02.01 y 09.02.02: comprenden todas las radiografías extraorales de la especialidad, exceptuando los códigos 09.02.03/04/05/06.

Capítulo X

Como condición indispensable para el reconocimiento de las diferentes prácticas comprendidas en este Capítulo, deben remitirse los siguientes controles radiográficos:

a) En la extracción de dientes retenidos submucosos (**10.09.01.**) e intraóseos (**10.09.02.**) y en las germenectomías se requieren radiografía preoperatoria y postoperatoria. **El arancel del submucoso tendrá el 70% del valor de la extracción del intraóseo.**

b) Apicectomía: radiografías pre y postoperatorias.

c) Extracción de cuerpos extraños del seno maxilar o maxilares: Rx pre y postoperatorias.

d) Radectomía: Rx pre y postoperatorias.

e) Código 10.02: Rx preoperatoria.

f) Tratamiento de osteomielitis: radiografía preoperatoria.

g) Código 10.11: radiografía preoperatoria.

Para el reconocimiento de las diferentes prestaciones especificadas en este Capítulo, la Caja se reserva el derecho de solicitar la documentación que estime necesaria para la evaluación y justificación de la práctica realizada.

NOTAS:

* Para las autorizaciones previas que lo requieran, el odontólogo interviniente deberá solicitarla a su Entidad, quién la remitirá a esta Caja, quien a la brevedad la devolverá a la misma con la autorización pertinente si correspondiera. **La autorización tendrá una validez de 30 días; pasado ese tiempo se deberá solicitar nuevamente.**

* **Con las autorizaciones se confirma la vigencia de la cobertura del afiliado a esa fecha y la aprobación por parte de La Caja del tratamiento propuesto.**

* **Las fichas, las radiografías y/o fotografías clínicas podrán ser remitidas a La Caja por correo electrónico o por correo postal.**

* Si por circunstancias especiales o por las características particulares del caso, no se pudieran cumplir con las normas precitadas **o la práctica no estuviera contemplada en el convenio**, se deberá consultar a la Caja para las excepciones que pudieran corresponder.

La Plata, 1 de Junio de 2019



Caja de Seguridad Social para Escribanos de la Provincia de Buenos Aires



Nro. de Afil. Adherente

Número de Credencial



Caja de Seguridad Social para Escribanos de la Provincia de Buenos Aires

Nro. de Afil. Adherente

Número de Credencial



Reverso

