

Modalidad Operativa Específica

Odontología



 **JERÁRQUICOS**
Salud

¡Hola!

En esta Modalidad Operativa vas a encontrar detallados los requisitos para gestionar todo lo que necesites.

Contenido

ACERCA DE LA DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR	3
PRÁCTICAS QUE NO REQUIEREN PREVIA AUTORIZACIÓN	4
DETALLE Y MODALIDAD POR PRÁCTICA	4
PRÁCTICAS QUE REQUIEREN PREVIA AUTORIZACIÓN	16
PRÓTESIS ODONTOLÓGICAS.....	17
IMPLANTES.....	19
ORTODONCIA/ORTOPEDIA/CORRECCIÓN DE MALPOSICIONES	20
ESTUDIOS TOMOGRÁFICOS Y OTROS.....	25
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	25

La presente modalidad operativa específica para prestadores, es de cumplimiento obligatorio, “anexa” a la Modalidad Operativa General para Prestadores. De no cumplimentar con la misma, en algunos de los puntos establecidos, se aplicará una deducción (total o parcial) a la facturación, según corresponda.

Acreditación del socio: solicitar credencial vigente con Documento de Identidad. Si el Socio posee la credencial en trámite, deberá presentar DNI y certificado provisorio.

IMPORTANTE: El periodo de cobertura de cada práctica rige tanto para el profesional efector como para los profesionales que se encuentren dentro de su mismo ámbito profesional, entendiéndose como tal, mismo domicilio laboral.

ACERCA DE LA DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

PRESCRIPCIÓN ODONTOLÓGICA

La misma deberá ser realizada por el Odontólogo tratante en ficha catastral, con letra perfectamente legible y deberá contar con los siguientes datos:

- ▶ Datos del socio (Nº de socio, nombre y apellido).
- ▶ Fecha de prestación.
- ▶ Odontograma completo. (01.01 como requisito excluyente).
- ▶ Código de la práctica.
- ▶ Observaciones (Particularidades técnicas a tener en cuenta por el auditor) (Si aplica)
- ▶ Diagnóstico (Si aplica)
- ▶ Firma y Sello del Profesional.

[Ver modelo de Prescripción Odontológica](#)

CANTIDAD DE PRESTACIONES MENSUALES

El profesional podrá facturar la cantidad de hasta tres (3) prestaciones de Odontología General por socio, más cuatro (4) del capítulo de prótesis. Pudiendo facturar en un mismo mes hasta siete (7) códigos por mes por paciente.

En los planes PMI 2000, PMI 3000, PMI 2000 Jub, PMI 3000 Jub, PMI 2000 Monotributo y PMI 2886 2000, también se podrá facturar la cantidad de tres (3) implantes (por año calendario). Pudiendo en estos casos facturar hasta diez (10) códigos en un mes por paciente.

Tener en cuenta: La combinación sólo se debe realizar de la manera descripta en el párrafo anterior, de manera tal que no podrán reemplazarse las cantidades de sus géneros, ej: facturar tres (3) prestaciones de prótesis y cuatro (4) de odontología general.

PRÁCTICAS QUE NO REQUIEREN PREVIA AUTORIZACIÓN

[Ver Listado de Prestaciones que No Requieren de Autorización Previa](#)

DETALLE Y MODALIDAD POR PRÁCTICA

CAPÍTULO I – Consultas

01.01 Consulta de relevamiento bucal: Comprende examen, diagnóstico y plan de tratamiento. Se considera como primera consulta y comprende la confección de historia clínica odontológica (Cada 12 meses cuando se trate del mismo profesional).

Tener en cuenta: Presentar odontograma completo como requisito excluyente.

01.02 Consulta no programada o de urgencia: Aplicada a toda consulta sin turno previo (No constituye paso intermedio y/o final de tratamiento), que resuelva la demanda espontánea. El beneficiario una vez resuelta la urgencia podrá consultar a su odontólogo para iniciar el tratamiento definitivo de la patología que lo afecta. Se reconocerá una cada 3 meses. Para facturar deberá indicar el motivo que dio origen a dicha prestación, indicando pieza y/o sector tratado. No podrá facturarse en caso de hemorragia, alveolitis, control de pacientes tratados quirúrgicamente (Si la extracción ha sido realizada por el mismo profesional).

Tener en cuenta: No se abonarán consultas de urgencia por certificado bucodental.

CAPÍTULO II – Operatoria Dental

IMPORTANTE: Las prestaciones del presente capítulo contemplan todos los materiales de la restauración científicamente reconocidos como así también las técnicas, instrumentalización y equipamiento que el profesional crea más conveniente en la reconstrucción de la pieza dentaria (Ej: Lámpara Halógena, matrices preformadas, etc).

02.01. Restauraciones convencionales simples de piezas dentarias: Comprende todos los tratamientos de los tejidos duros del diente para resolver los daños provocados por la caries dental que involucra las fosas y fisuras de la pieza dental (indicar caras tratadas). Cuando se obturan las distintas fosas de la cara oclusal se la considerará una obturación simple.

02.02. Restauraciones compuestas de piezas dentarias: Comprenderá todos los tratamientos de los tejidos duros del diente provocados por la caries dental que abarque las caras proximales y que debe hacerse abordaje por otra cara. Ejemplo: OM – MOD – OD: en el caso que presente una caries en la fisura o fosa de las caras vestibular, lingual o palatina

o caries gingival podrá facturarse además un código 0201, el cual podrá facturar en forma conjunta o cuando dicha patología se presente.

02.09. Restauraciones complejas de piezas dentarias: Comprende a todas aquellas restauraciones de mayor complejidad donde deban realizarse reconstrucciones de dos ángulos (ángulos mesial y distal), carillas o cúspides en dientes anteriores o posteriores. Incluye la utilización de coronas preformadas, tornillos, o cualquier otro elemento que el profesional crea conveniente. Dicha pieza dentaria no podrá recibir otra obturación por el término de 24 meses. Para facturar 02.09., la lesión debe abarcar cinco (5) caras del diente claramente especificado en la ficha. También se puede abarcar cuatro (4) caras en dientes posteriores con Rx comprobatoria, la que no está incluida en el valor del código; (facturar por separado). Por otro lado, también se puede abarcar cuatro (4) caras sin Rx comprobatoria de las piezas 11 al 13; 21 al 23; 31 al 33 y 41 al 43.

Tener en cuenta: Las obturaciones tendrán un tiempo de vigencia de 24 Meses para la misma pieza dentaria, lapso en el cual no se abonará otra restauración si es realizada.

CAPÍTULO III – Endodoncia

Normas Generales:

A efectos de reconocer todo tratamiento de endodoncia, deberá visualizarse en la radiografía post-operatoria la correcta preparación del o los conductos radiculares y que el material de obturación radiopaco llegue hasta el límite cemento dentinario (a un milímetro aproximadamente del extremo anatómico del diente). En caso de no cumplirse esta norma, la Auditoría podrá solicitar al prestador los elementos de juicio que justifiquen el no cumplimiento de la misma y al 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 Auditoría facultada a solicitar al prestador el fundamento de la misma para su reconocimiento. Contempla todas las técnicas, instrumentación, materiales y equipamiento que el profesional crea más conveniente.

IMPORTANTE Re-tratamiento: Para su reconocimiento el profesional deberá indicar el motivo que fundamenta dicha práctica, la cual será evaluada por la auditoría para su reconocimiento. En caso de no indicar el mismo, será motivo de débito de la prestación.

- 03.01. Tratamiento pulpar de 1 conducto.**
- 03.02. Tratamiento pulpar de 2 conductos.**
- 03.03. Tratamiento pulpar de 3 conductos.**
- 03.04. Tratamiento pulpar de 4 conductos.**
- 03.05. Tratamiento pulpar parcial:** aplicable a piezas dentarias permanentes, que no completaron su periodo eruptivo y por consiguiente su completo desarrollo apical, que, por algún motivo, (caries, fracturas, etc.) se provoca una exposición pulpar vital que determina efectuar dicha práctica con el fin de permitir la maduración apical. Cuando se realice esta práctica no se reconocerá otro tratamiento de endodoncia y su correspondiente restauración coronaria hasta un año después de efectuada la misma, si es realizado por el mismo profesional. Para facturar dicho código es requisito excluyente la demostración radiográfica de las piezas dentarias tratadas con ápices inmaduros, que no han completado su desarrollo. Caso contrario se debitará.
- 03.06. Tratamiento momificante con formocresol:** se refiere a tratamiento con formocresol solamente en dientes temporales anteriores y posteriores que no se encuentren en período de recambio. No se reconoce en dientes permanentes.
- 03.07. Protección indirecta:** se reconocerá una protección indirecta en premolares y molares. Dado la necesidad del factor tiempo, en resultado final, no podrá facturarse ningún otro código del presente nomenclador hasta superado los seis meses posteriores de la protección, a excepción de radiografías de control, no más de una en ese lapso. El profesional actuante deberá reponer las veces necesarias el material de protección colocado durante esos meses.

Tener en cuenta: Al facturar una prestación incluida en el capítulo III, deberá enviar radiografías pre y post comprobatorias como requisito excluyente.

CAPÍTULO V – Odontología Preventiva

- 05.02. Consulta preventiva. Terapias fluoradas:** incluye tartrectomía y cepillado mecánico, detección y control de la placa bacteriana, enseñanza de técnicas de higiene. Se cubrirá hasta los 12 años, cada 6 meses. Comprende la aplicación de flúor, tópico, barniz y colutorios. En pacientes que se encuentren dentro del programa “Materno Infantil – Madre” o programa de “Discapacidad” se podrá facturar cada 4 Meses (Sin límite de edad)
- 05.03. Inactivación de policaries:** se reconocerá hasta los 10 años de edad. Cuando los mismos presenten simultáneamente más de 6 caries activas en la boca, se permitirá por única vez como complemento de un tratamiento y deberá involucrar las mismas piezas que se marquen con caries activas en odontograma.
- 05.04. Consulta preventiva. Detección, control de placa bacteriana y enseñanza de técnicas de higiene bucal:** comprende enseñanza de técnicas de cepillado, uso de elementos de higiene interdentarios, asesoramiento dietético y revelado de placa. Se reconocerá una vez cada 12 meses y hasta los 12 años de edad.
- 05.05. Sellantes de surcos, fosas y fisuras:** esta práctica se reconoce cada 24 meses, hasta los 15 años de edad en piezas permanentes. Dentro del período de cobertura, el Profesional no podrá efectuar prestaciones del capítulo II.

CAPÍTULO VII – Odontopediatría

- 07.01. Consultas de motivación:** se cubrirá hasta los 10 años de edad, cada 6 meses con un máximo de 4 códigos por el mismo profesional.
- 07.02. Consultas de motivación en pacientes mentalmente discapacitados:** se cubrirá sin límite de edad, cada 3 meses con un máximo de 8 códigos por el mismo profesional. El paciente deberá poseer programa de discapacidad vigente, como requisito excluyente para su facturación.
- 07.03. Corona metálica de acero y similares:** se cubrirá en piezas temporarias con tratamiento de formocresol o gran destrucción coronaria, cuando la pieza no se encuentre dentro del periodo de exfoliación, hasta los 15 años de edad. No se reconoce en piezas permanentes, ni obturación debajo de las coronas.
- 07.04. Mantenedor de espacio removible:** Por única vez, independientemente del número de dientes a reemplazar.
- 07.05. Mantenedor de espacio fijo:** Se cubrirá por única vez por pieza dentaria y en pacientes de hasta 10 años inclusive. Incluye corona o banda y ansa de alambre de apoyo o tornillo de expansión.

CAPÍTULO VIII – Periodoncia

IMPORTANTE Se reconoce a partir de los 12 años.

08.11. Consulta de estudio, diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento: requiere autorización previa, que deberá gestionarse enviando:

Ficha periodontal respectiva y odontograma (Diagrama dentario): deberá reflejar niveles de corticales óseas, niveles de inserción gingival, profundidad de bolsa, índice de sangrado, índice de movilidad dental e indicar piezas ausentes.

Rx comprobatorias del tratamiento completo.

La autorización será obligatoria para el reconocimiento de los códigos 08.16 y/o 08.17. Se reconocerá cada 24 meses.

08.12. Tratamiento de gingivitis (Por arcada): aplicable a todos los cuadros gingivales cualquiera sea su etiología. Comprende destartraje manual o mecánico, detección y control de placa bacteriana. Se reconocerá cada 12 meses y se considera un código 08.12 por arco dentario. A partir de los 12 años.

IMPORTANTE: De 1 a 5 piezas dentarias por arcada, deberá facturar el código 08.12.50 (50 %) (Para su reconocimiento, deberá marcar en odontograma piezas presentes).

08.13. Enseñanza de técnicas de Higiene Oral y detección de placa bacteriana: comprende enseñanza de técnicas de cepillado, uso de elementos de higiene interdentarios, asesoramiento dietético y revelado de placa. Se reconocerá cada 24 meses y a partir de los 13 años de edad. Con un máximo de 2 códigos en la historia del paciente.

- 08.14. Controles post tratamiento sin instrumentación:** comprenderá todas las acciones necesarias para conservar la salud periodontal en pacientes que hayan recibido este tratamiento. Se reconocerá cada 4 meses, a partir de los 12 años. Incluye al código 08.15
- 08.15. Controles post tratamiento con instrumentación:** comprenderá todas las acciones necesarias para conservar la salud periodontal en pacientes que hayan recibido este tratamiento. Se reconocerá cada 4 meses, a partir de los 12 años de edad. Incluye al código 08.14
- 08.16. Tratamiento de periodontitis leve o moderada:** bolsas de hasta 4mm (Por elemento dentario). Incluye al 08.12 – 08.14 y 08.15. Se reconocerá cada 24 meses.
- 08.17. Tratamiento de periodontitis destructiva severa:** bolsas de 5 mm o más (Por elemento dentario). Incluye al 08.12 – 08.14 y 08.15. Se reconocerá cada 24 meses.

IMPORTANTE (08.16/08.17): Podrán facturarse en un mismo mes, la totalidad de las piezas existentes en un maxilar (Superior/Inferior) indicando un código por pieza dentaria.

CAPITULO IX – Radiología

- 09.01.01. Rx periapical. Técnicas de cono corto o cono largo. Bite Wind:** para su facturación, deberá indicar diagnóstico que da origen a dicha práctica.
- 09.01.02. Rx media seriada de 5 a 7 películas:** para su facturación, deberá indicar diagnóstico que da origen a dicha práctica. Se reconocerá cuando la integran de 5 a 7 películas. Se reconocerá un código cada 12 meses.

- 09.01.03.** **Rx seriada de 8 a 14 películas:** para su facturación, deberá indicar diagnóstico que da origen a dicha práctica. Se reconocerá cuando la integren de 8 a 14 películas. Se reconocerá un código cada 12 meses
- 09.06.00.** **Pantomografía:** para su facturación, el profesional deberá aclarar por escrito el motivo y/o diagnóstico presuntivo que origina el pedido y que justifique la realización de la práctica. Se reconocerá un código cada 12 meses, en el caso de que el paciente se encuentre en tratamiento de cirugía ortognática, tumor o implantes podrá facturar un segundo código justificando su realización.
- 09.07.00.** **Teleradiografía:** para su facturación, el profesional deberá aclarar por escrito el motivo y/o diagnóstico presuntivo que origina el pedido y que justifique la realización de la práctica. Se reconocerán dos códigos cada 12 meses.
- 09.02.06.** **Rx oclusal:** para su facturación, deberá indicar diagnóstico que da origen a dicha práctica.

Tener en cuenta: Las radiografías deben enviarse en sobre con nombre y apellido, identificando N° de pieza dental, reuniendo todos los requisitos de una placa radiográfica, de lo contrario será pasible de débito. Ej.: Rx comprobatorias, Endodoncias, Periodoncia, Cirugía. Las radiografías de diagnóstico podrán ser conservadas por el profesional. No así aquellas Rx que sean comprobatorias de prácticas determinadas, pudiendo la Auditoría exigir las Rx que considere necesarias al profesional en un término de tiempo que no supere los 24 meses.

CAPÍTULO X – Cirugía Bucal

Norma general:

IMPORTANTE: En el caso de que se facture una extracción dentaria dentro del periodo de cobertura de otro capítulo, se procederá al débito de la práctica facturada anteriormente. Dicha norma, aplica en el caso de que la prestación haya sido realizada por el mismo profesional.

10.01. Extracción dentaria simple: No requiere Rx comprobatoria.

IMPORTANTE: En piezas dentarias temporarias que se encuentran en período de recambio y se realiza su extracción, deberá facturar el código 10.01.50 (50 %). Caso contrario enviar Rx comprobatoria para su reconocimiento al 100 %.

A tener en cuenta: se considera período de recambio para las piezas 51, 61, 71, 81, 52, 62, 72, 82 (a partir de los seis años); 54, 64, 74, 84, 73, 83 (a partir de los nueve años); 55, 65, 75, 85, 53, 63 (a partir de los diez años).

10.02. Plástica de común buco-sinusal con riesgo previo similar a extracción: Como riesgo previsto simultáneo a la extracción. Requiere Rx preoperatoria que justifique la realización de la práctica.

10.03. Biopsia por punción o aspiración: Con historia clínica.

10.04. Alveolectomía estabilizadora (por 6 zonas): Con Rx pre (Aplicable a sectores, que por realizar extracciones múltiples, se deba regularizar reborde alveolar para alojar prótesis).

- 10.05.** **Reimplante dentario inmediato al traumatismo e inmovilización:** Se reconocerá por única vez en la misma pieza, con Rx post operatoria.
- 10.07.** **Biopsia por escisión:** Con historia clínica e informe del estudio anatomopatológico.
- 10.08.** **Alargamiento quirúrgico de la corona clínica:** Aplicable a piezas dentarias que por motivos protésicos, sea necesario realizar gingivectomía y osteoplastía que sea visible en foto digital.
- 10.09. y** **Extracción de dientes retenidos/germectomía:** Puede ser facturado ante la necesidad de realización de colgajos, amplia osteotomía y/u odontosección, debido a una completa inclusión dentro de los maxilares o en posiciones totalmente anormales o con una anatomía dentaria anormal que justifique una intervención mayor. Se detallan los casos en los que serán reconocidos dichos códigos: Piezas dentarias en posición horizontal, invertida y/o transversal. Se reconocerá con Rx pre y post . La radiografía preoperatoria se encuentra incluida, la post operatoria, excluida.
- 10.11.** **Liberación de dientes retenidos:** con Rx pre operatoria.
- 10.12.** **Apicectomía:** con Rx pre operatoria y post operatoria
- 10.13.** **Tratamiento de osteomielitis:** con Rx pre operatoria.
- 10.14.** **Extracción de cuerpo extraño:** con Rx pre operatoria. Aplicable a todo elemento ajeno a biología ósea dentaria (Ej. Placas, tornillos, implantes dentarios)
- 10.15.** **Alveolectomía correctiva por zona (6 zonas):** con Rx pre. Deberá indicar la circunstancia clínica que da origen a la prestación y zona intervenida.

- 10.16.01 Quistectomía o extirpación de tumores en tejidos duros (Hasta 1 cm):** con Rx pre operatoria.
- 10.16.02 Quistectomía o extirpación de tumores en tejidos duros (Hasta 3 cm):** con Rx pre operatoria.
- 10.16.03 Quistectomía o extirpación de tumores en tejidos duros (Más de 3 cm):** con Rx pre operatoria.
- 10.17.01 Extirpación de tumores de tejidos blandos (Hasta 1 cm):** con informe de anatomía patológica.
- 10.17.02 Extirpación de tumores de tejidos blandos (Hasta 3 cm):** con informe de anatomía patológica.
- 10.17.03 Extirpación de tumores de tejidos blandos (Más de 3 cm):** con informe de anatomía patológica.
- 10.18. Extracción con Alveolectomía externa de pieza dental y restos radiculares complejos:** Con Rx pre operatoria (Incluida en el valor del código)
- 10.35. Injertos oseos en maxilares (incluye toma de injertos):** se deberá facturar con Rx post operatoria y sticker

IMPORTANTE: En el presente capítulo, la auditoria podrá solicitar la documentación que estime necesaria (Ficha dental, historia clínica, radiografías, etc.) y que justifique la realización de la práctica.

PRÁCTICAS QUE REQUIEREN PREVIA AUTORIZACIÓN

CONDICIONES GENERALES

Expediente de Autorización de prestaciones Odontológicas (Ambulatorio)

El mismo deberá contar con los siguientes datos:

- ▶ Datos del Profesional o Establecimiento.
- ▶ Firma y Sello del Profesional.
- ▶ Conformidad del Socio.
- ▶ Fecha de prestación.

Tener en cuenta: Todo expediente de prestación odontológica ambulatoria tendrá una validez de 6 (Seis) meses corridos a partir de la fecha de resolución del mismo. Una vez concluido dicho período, el prestador no podrá facturar el expediente. En ese caso el socio deberá solicitar una nueva autorización.

[Ver expediente de autorización de prestaciones ambulatorias](#)

PRÓTESIS ODONTOLÓGICAS

IMPORTANTE: Para solicitar autorización de un código del capítulo 04 deberá enviar Radiografía Pre-operatoria, como requisito excluyente.

CONDICIONES GENERALES

En todos los casos se reconocerán fuera del período de cobertura de otros capítulos, según consideración de auditoría.

Será requisito excluyente, no presentar patología bucal preexistente (boca en perfecto estado de salud).

Se reconocerán 4 códigos de prótesis por afiliado por mes, pudiendo combinarse con otros capítulos.

04.01.02 Incrustaciones. Cavidad compuesta y compleja: Se aceptará en lesiones que abarquen tres o más paredes, que no permitan la colocación de matriz para reconstrucción plástica directa y/o en reconstrucciones post endodónticas. Incluye retención intraradicular, no debiendo facturarse como perno. Con Rx Pre y Post como requisito excluyente para su facturación. Deberá marcar en odontograma caras que abarca la lesión. No se reconocerán como incrustaciones los apoyos oclusales en la realización de pónticos, a extensión o bandera.

04.01.08 Perno muñón simple o compuesto: Se reconocerá un perno por pieza dentaria, metálico, plástico o fibra de vidrio, independientemente del número de anclajes intra-rradiculares. Es requisito excluyente presentar tallado de porción coronaria (Muñón) con todas las indicaciones que se tienen en cuenta para alojar una corona protésica. La falta de dicho requisito será pasible de débito. Para su facturación deberá presentar Rx Pre y Post.

04.01.13 Corona Cerámica: Contempla todos los materiales.

Los códigos 04.02. deberán incluir las piezas que reemplazan en odontograma de ficha. Diagrama del aparato protésico. Como requisito excluyente la pieza tratada deberá presentar endodoncia previa, caso contrario será pasible de débito.

04.02.07 Prótesis parcial de acrílico (Provisoria): se reconoce uno cada 18 meses prestacionales, por cada maxilar (de premolar a premolar) aplicable a tratamientos con implantes. No aplicable a tratamientos de prótesis removibles definitivas. Se reconocerá para planes 2000 y 3000.

04.04.12 Placa de relajación: Se reconocerá a partir de los 17 años cumplidos, la misma debe ser confeccionada en acrílico termocurado (no vacupress), no es utilizable como contención de Ortodoncia. Cada 18 meses, en caso de solicitarse periódicamente, deberá presentar justificación, la cual quedará a criterio de auditoría para su aceptación.

Los códigos 04.01., excepto 04.01.11 y 04.01.12 se reconocerán con Rx Pre y Post operatoria como requisito excluyente para su facturación.

El código 04.04.10, se reconocerá 1 vez cada 12 meses a partir de la fecha de instalación de la prótesis. El código de compostura, será indispensable aclarar el tipo y sector de la reparación, de lo contrario se debitará la práctica.

PERÍODO DE COBERTURA

CÓDIGOS 04.01.... 5 años.

CÓDIGOS 04.02.... 3 años.

CÓDIGOS 04.03.... 3 años.

CÓDIGOS 04.04.... 18 meses.

IMPLANTES

Códificación: OD-4701

CONSIDERACIONES GENERALES

Para facturar, deberá adjuntar al expediente de autorización de prestaciones odontológicas las radio-grafías comprobatorias pre y pos tratamiento + sticker correspondiente. Se abonará por única vez en la posición solicitada y hasta 3 (Tres) por año calendario.

IMPORTANTE: Alcance de cobertura (Planes): PMI 2000; PMI 3000; PMI 2000 Jub; PMI 3000 Jub, PMI 2000 Monotributo y PMI 2886 2000. Diferencia arancelaria del tratamiento, a cargo del socio en consultorio.

ORTODONCIA/ORTOPEDIA/CORRECCIÓN DE MAL POSICIONES DENTARIAS

INDICACIONES

Maloclusión dentoesqueletales.

Hábito.

Mordida cruzada uni o bilateral.

CONSIDERACIONES GENERALES

06.01 Consulta Ortodoncia/Ortopedia (No requiere previa autorización)

Para su facturación deberá enviar ficha catastral completa e informe morfo-funcional del socio/paciente con descripción del tratamiento. Se reconocerá por única vez (Un código por tratamiento)

06.02.00 Ortopedia / Ortodoncia interceptiva

Se reconocerá hasta los 14 años de edad, por única vez por paciente:

Para solicitar autorización, el paciente deberá presentar: Informe de tratamiento; Ficha odontológica completa; Diagnóstico morfológico; Aparatología y técnica a utilizar; Estudios cefalométricos; Rx panorámica; Imágenes o fotos del paciente o de modelos articulados.

Requisitos para su facturación:

- ▶ Ficha odontológica completa.
- ▶ Expediente autorizado.
- ▶ Conformidad de tratamiento (Tercer y Quinto control).

Tener en cuenta: El tratamiento autorizado incluye contención.

06.02.01 Control Ortopedia (Cinco controles)

Podrá facturar el primer control a los 4 meses del inicio de tratamiento. Los cuatro controles restantes para finalizar el mismo deberán ser facturados con un intervalo de 3 meses entre sí. Para su facturación deberá enviar ficha catastral, identificando número de expediente del tratamiento autorizado (Será posible de débito la omisión de este dato) y documento: "Conformidad de tratamiento" completo (Tercer y quinto control), el cual es enviado al socio junto con la resolución del expediente.

IMPORTANTE: Al facturar el tercer y quinto control de ortopedia deberá adjuntar el documento "Conformidad de tratamiento" completo, el cual es enviado al socio junto con la resolución del expediente.

[Ver documento: Conformidad de tratamiento](#)

Tener en cuenta: (Abandono de tratamiento). Se considera abandono de tratamiento cuando se factura control con 6 meses de diferencia del último pago. En estos casos, se deberá facturar con nota adjunta, motivo por el cual no se facturó en los meses acordados, y conformidad del paciente.

06.03.00 Ortodoncia Correctiva.

Se reconoce a partir de los 15 años de edad, y/o en pacientes con dentición permanente completa, mediante brackets metálicos y exclusivamente con el fin de brindar solución a un problema de salud y no estético.

IMPORTANTE: en pacientes que hayan recibido tratamiento de corrección de malposiciones, solo se autorizará previa evaluación de auditoría médica, siendo pasible de débito el tratamiento anterior.

Para solicitar autorización, el paciente deberá presentar: Informe de tratamiento; Ficha odontológica completa; Diagnóstico morfológico; Aparatología y técnica a utilizar; Estudios cefalométricos; Rx panorámica; Imágenes o fotos del paciente o de modelos articulados.

Requisitos para su facturación:

- ▶ Ficha odontológica completa.
- ▶ Expediente autorizado.
- ▶ Conformidad de tratamiento (Tercer y Quinto control).

Tener en cuenta: El tratamiento autorizado incluye contención.

06.03.01 Control Ortodoncia (Cinco controles)

Podrá facturar el primer control a los 4 meses del inicio de tratamiento, los cuatro restantes para finalizar el mismo deberán ser facturados con un intervalo de 3 meses entre sí. Para su facturación deberá enviar ficha catastral, identificando número de expediente del tratamiento autorizado (Será pasible de débito la omisión de este dato) y documento: "Conformidad de tratamiento" completo (Tercer y quinto control), el cual es enviado al socio junto con la resolución del expediente.

IMPORTANTE: Al facturar el tercer y quinto control de ortodoncia deberá adjuntar el documento "Conformidad de tratamiento" completo como requisito excluyente para su facturación, el cual es enviado al socio junto con la resolución del expediente.

[Ver documento: Conformidad de tratamiento](#)

Tener en cuenta: (Abandono de tratamiento). Se considera abandono de tratamiento cuando se factura un control con 6 meses de diferencia del último control abonado. En estos casos, se deberá facturar con nota adjunta, motivo por el cual no se facturó en los meses acordados, y conformidad del paciente.

06.04.00 Corrección de mal posiciones simples con espacio

Se reconocerá por única vez, en piezas permanentes. No se reconocerá en pacientes que hayan recibido tratamiento de Ortodoncia fija.

De haber realizado tratamiento de Corrección de Mal Posiciones (06.04.00), no se reconocerá luego tratamiento de Ortodoncia (06.03.00)

Para solicitar autorización, el paciente deberá presentar: Informe de tratamiento; Ficha odontológica completa; Diagnóstico morfológico; Aparatología y técnica a utilizar; Estudios cefalométricos; Rx panorámica; Imágenes o fotos del paciente o de modelos articulados.

Requisitos para su facturación:

- ▶ Ficha odontológica completa.
- ▶ Expediente autorizado.

Tener en cuenta: El tratamiento autorizado incluye contención.

A CARGO DEL AFILIADO

- ▶ Pérdida de aparatología instalada, reposición o rotura por uso indebido de la misma.
- ▶ Brackets estéticos.
- ▶ Compostura de aparatología.

IMPORTANTE: Alcance de cobertura (Planes): PMI 2000; PMI 3000.

ESTUDIOS TOMOGRÁFICOS Y OTROS

- O09.03.01 Tomografía 3D BI-MAXILAR**
- O09.03.02 Tomografía monomaxilar – Sistema cone beam**
- O09.03.03 Tomografía regional (1 a 3 Piezas) Una zona**
- O09.03.04 Tomografía de ATM por lado (A boca abierta / boca cerrada)**
- O09.03.05 Tomografía – Una sola toma – ATM**
- O99.00.14 Estudio cefalométrico**

CONSIDERACIONES GENERALES

Requisitos para su facturación de todos los códigos del presente capítulo:

- Prescripción médica original y/o ficha catastral completa.
- Expediente Autorizado.
- Informe.

CIRUGIAS ORTOGNÁTICAS

INDICACIONES

Asimetría facial

Prognatismo

Hipoplasia mandibular.

CONSIDERACIONES GENERALES

Cirugía Ortognática Maxilar + Mentoplastía: se deben facturar Honorarios por O10.45 al 100% y por O10.44 al 50%.

Tener en cuenta: En el caso de cirugía de un solo maxilar, se reconocerá un código 10.45, sin importar cuál sea el número de fracturas (corrección quirúrgica de deformidades dentofaciales, prognatismo, hipoplasias maxilar superior, laterognatismo)

Cirugía Ortognática Bimaxilar: se deben facturar Honorarios por el primer O10.45 al 100% y por el restante al 50%.

Cirugía Ortognática Bimaxilar + Mentoplastía: se deben facturar Honorarios por el primer O10.45 al 100% y por el restante al 50% + el O10.44 al 50%.

Las ortodoncias que devengan del tratamiento quirúrgico de una cirugía ortognática tendrá la cobertura del Plan de salud del socio (una ortodoncia).

REQUISITOS PARA SU FACTURACIÓN

- ▶ Pedido médico original.
- ▶ Protocolo quirúrgico.
- ▶ Autorización de Mutual Jerárquicos Salud con los datos completos.
- ▶ Rx comprobatorias (pre y post).

IMPORTANTE: La cirugía ortognática incluye todas las consultas posteriores hasta el alta del paciente por esta patología. Toma de impresiones, construcción de modelos, montaje en articular, construcción de splint de acrílico. Equipo quirúrgico (instrumental específico, micromotores, piezas de mano, fresas quirúrgicas, sierra oscilante y reciprocante, entre otras).

IMPORTANTE: la Mutual Jerárquicos Salud cuenta con un área exclusiva para prestadores www.jerarquicos.com donde podrá consultar acerca de las prácticas que requieren autorización para su correspondiente facturación. <http://www.jerarquicos.com/prestadores/>

JERÁRQUICOS SALUD

Av. Facundo Zuviría 4584
Línea directa prestadores: 0800 888 5040
prestadores@jerarquicos.com
www.jerarquicos.com/Prestadores