

## ANEXO II

### ***NORMAS DE TRABAJO***

## **NORMAS DE APLICACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE PRESTACIONES.**

### **CAPÍTULO I. PROCEDIMIENTO-**

El paciente deberá solicitar el primer turno con cualquier profesional del padrón de prestadores al Centro de Atención al Cliente de América Servicios (0800-122-2637).

El paciente deberá concurrir a la consulta identificándose con Documento Nacional de Identidad, credencial plástica o credencial virtual, la cual será exhibida desde el celular.

El profesional deberá realizar la consulta y asentar el tratamiento a realizar en la ficha catastral (odontograma).

El profesional y/o afiliado deberá gestionar la autorización ante América Servicios a través del fax (341-2082686), correo electrónico ([velo@americaservicios.com.ar](mailto:velo@americaservicios.com.ar) / [striglio@americaservicios.com.ar](mailto:striglio@americaservicios.com.ar)) o WhatsApp (341-2560404).

América Servicios deberá remitir la autorización, vía correo electrónico, fax o WhatsApp, directamente al profesional o al afiliado para que la presente al profesional.

En caso de no ser autorizado el tratamiento, América Servicios autoriza al prestador el cobro del código 01-01 - Consulta.

### **CAPÍTULO II. CONSULTAS.**

Código 01.01 Examen-Diagnóstico- Fichado. Consulta de relevamiento bucal. Comprende el examen, la confección del odontograma y de la ficha catastral.

Código 01.02 Consulta nocturna. Domingos y feriados.

Código 01.03 Visita a domicilio.

Código 01.04 Consulta de Urgencia.

Se considera una urgencia a toda demanda espontánea y no programada, dentro del horario normal de atención, que tenga su origen en cuadros clínicos de impostergable resolución. Se debe establecer en todos los casos el motivo de la misma, por ejemplo: pericoronaritis, estomatitis, drenaje de abscesos, hemorragias, alveolitis, apertura de cámara pulpar, etc. En el caso de complicaciones posteriores a exodoncias como hemorragias y alveolitis se reconocerá éste código aún si la misma hubiese sido realizada por el mismo profesional. No se contempla el re-cementado de prótesis fija.-

### **CAPÍTULO III. OPERATORIA DENTAL.**

Normas generales del capítulo: las restauraciones en piezas permanentes tendrán un *plazo de garantía* de 24 meses, y en piezas temporarias 12 meses, lapsos durante los cuales no se reconocerá otra restauración si es realizada por el mismo profesional. Dicho *plazo de garantía* incumbe solo a las caras restauradas y no a la pieza dental en su conjunto. Sea cual fuere la ubicación de las caries, en una misma pieza dentaria solo podrán facturarse en un mismo mes dos códigos de operatoria dental como máximo.

Se discriminará entre caras correspondientes a la corona anatómica y las caras correspondientes al sector radicular expuesto a la cavidad bucal; a las caries que se ubiquen en éste último sector se las denominará indistintamente como cervicales, de cuello o radiculares. Esta discriminación deberá constar por escrito en la ficha dental.

Código 02.01 Amalgama simple.

Código 02.02 Amalgama Compuesta o compleja.

Código 02.05 Composite simple.

Código 02.06 Composite compuesto.

Código 02.08 Reconstrucción de ángulo.

## **CAPÍTULO IV. ENDODONCIA.**

En todo tratamiento de endodoncia deberá acompañarse para su reconocimiento, las radiografías preoperatoria y/o conductometría, más la radiografía postoperatoria; reconociéndose hasta tres placas radiográficas por tratamiento. Se considerará apto para su facturación todo tratamiento que haya cumplido con todos los pasos y se encuentre obturado con los materiales definitivos. El *plazo de garantía* de los tratamientos endodónticos será de dos años, lapso durante el cual no se reconocerá su re-ejecución o la extracción de la pieza, si es efectuada por el mismo profesional.

Código 03.01 Tratamiento endodóntico en piezas unirradiculares.

Código 03.02 Tratamiento endodóntico en piezas de dos conductos.

Código 03.03 Tratamiento endodóntico en piezas de tres conductos.

Código 03.04 Tratamiento endodóntico en piezas de cuatro conductos.

Código 03.05 Biopulpectomía Parcial.

Código 03.06 Necropulpectomía parcial. (Momificación)

Código 03.07 Desobturación.

## **CAPÍTULO V. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA.**

Código 05.01 Tartrectomía y cepillado mecánico.

Comprende la eliminación del tártaro supragingival. Se reconocerá ésta práctica una vez al año.

Código 05.02 Consulta preventiva periódica.

Cepillado previo y aplicación de flúor. Será reconocida cada seis meses y hasta los 15 años de edad. Incluye a ambas arcadas.

Código 05.04 Enseñanza de técnicas de higiene bucal. Detección y control de placa bacteriana.

Código 05.05 Selladores de Fosas y Fisuras. Se reconocerá anualmente por pieza tratada hasta la edad de 13 años inclusive. Las piezas dentales en las cuales se reconocerá éste código son: molares permanentes, premolares e incisivos laterales superiores en su cara palatina.

## **CAPÍTULO VI. ODONTOPEDIATRÍA.**

Código 07.01 Motivación.

El presente código incluye al código 01.01. Se reconocerá hasta los 13 años de edad.

Código 07.02 Mantenedor de espacio fijo.

Código 07.03 Mantenedor de espacio removible.

Código 07.04 Tratamiento de dientes primarios con Formocresol.

Código 07.05 Corona metálica de acero y similares.

Código 07.06.01 Reducción de luxación con inmovilización dentaria.

Código 07.06.02 Luxación total. Reimplante e inmovilización dentaria.

Código 07.06.03 Fractura amelodentinaria. Protección pulpar con coronas provisorias.

## **CAPÍTULO VII. PERIODONCIA.**

Código 08.01 Consulta de estudio, diagnóstico y pronóstico. Confección de la Historia clínica periodontal (de acuerdo al modelo que se adopte) la cual deberá acompañar a los códigos 08.03 y 08.04. *Se reconocerá* una vez al año.

Código 08.02 Tratamiento de Gingivitis marginal crónica

Código 08.03 Tratamiento de periodontitis leve o moderada. Comprende el alisado radicular en bolsas periodontales de hasta 5 mm de profundidad. Se reconocerá un código por cada sector, estando cada arcada dentaria subdividida en 3 sectores. (6 sectores en total) Incluye la radiografía preoperatoria del sector a tratar que se adjuntará a la Historia Clínica periodontal debidamente confeccionada. *Se reconocerá* una vez al año.

Código 08.04 Tratamiento de periodontitis severa. Comprende el alisado radicular en bolsas periodontales de 6 mm o más. Incluye la radiografía preoperatoria del sector a tratar que se adjuntará a la ficha periodontal debidamente confeccionada. Se reconocerá un código por cada sector. (6 sectores en total). *Se reconocerá* una vez al año.

Código 08.09 Ferulización temporaria.

## **CAPÍTULO VIII. RADIOLOGÍA.**

Toda radiografía para su reconocimiento deberá presentarse en un sobre adecuado a su tamaño, con adecuada definición en su imagen que permita su fácil interpretación. En caso de maxilares desdentados o piezas ausentes, se deberá colocar el número de pieza dental como si ésta existiera. Se deberán facturar indicando el motivo de su realización o el diagnóstico pertinente a la/s pieza/s estudiadas

Código 09.01.01 Periapical.

### **INTRAORALES**

Código 09.01.01 Periapical.

Código 09.01.02 Bite-Wing.

Código 09.01.03 Oclusal. 6 x 8 cm.

Código 09.01.04 Media seriada.

Código 09.01.05 Seriada de 14 películas.

### **EXTRAORALES**

Código 09.02.01 Extrabucal. Primera exposición.

Código 09.02.02 Extrabucal. Exposición subsiguiente.

Código 09.02.03 Articulación Temporo-mandibular.

Código 09.02.04 Pantomografía.

Código 09.02.05 Telerradiografía cefalométrica.

Código 09.02.06 Sialografía.

## **CAPÍTULO IX. CIRUGÍA.**

Código 10.01 Exodoncia simple. Éste código podrá ser acompañado en su facturación por una radiografía periapical de valor diagnóstico prequirúrgico, dicha radiografía se considerará como una prestación aparte.

Código 10.02 Plástica de comunicación buco-sinusal.

Se debe adjuntar las radiografías pre y postoperatoria.

Código 10.08 Alargamiento quirúrgico de la corona clínica.

Se debe adjuntar las radiografías pre y postoperatoria.

Código 10.09 Extracción de dientes o restos radiculares en retención mucosa.

Se debe adjuntar las radiografías pre y postoperatoria.

Código 10.10 Germectomía.

Se debe adjuntar las radiografías pre y postoperatoria.

Código 10.12 Apicectomía.

Se debe adjuntar las radiografías pre y postoperatoria.

Código 10.18 Exodoncia por alveolectomía externa (complicación de exodoncia).

Código 10.19 Extracción de dientes en retención ósea.

Se debe adjuntar las radiografías pre y postoperatoria.

## **NORMAS GENERALES DE TRABAJO**

A) Plazos de garantías: cuando en el presente contrato se hace referencia al *plazo o período de garantía* que le corresponde a cada práctica, o donde diga “se reconocerá...”, se deja constancia de que se hace referencia a una relación contractual entre la Obra Social/Prepaga/Prestadora de Servicios y sus afiliados, quedando a cargo del paciente el total de los costos y honorarios de las prácticas que deban re ejecutarse dentro de dicho período.

B) Límite de prestaciones: cuando en el presente contrato se hace referencia al límite de prestaciones mensuales que pueden ser facturadas mensualmente por paciente, se deja constancia de que se hace referencia a una relación contractual entre la Obra Social/Prepaga/Prestadora de Servicios y sus afiliados, quedando a cargo del paciente el total de los costos y honorarios de las prácticas que excedan dicho límite.

C) El valor de las prácticas no detalladas en el presente nomenclador quedan a cargo del paciente, salvo que La Obra Social/Prestadora de Servicios las autorice previamente a solicitud del paciente o del profesional.

D) El prestador podrá solicitar a la Obra Social/Prestadora de Servicios autorización para exceder el límite de prestaciones que ésta reconoce a su afiliado en aquellos casos en que dicha limitación ponga en riesgo la salud del paciente.

E) Elementos que se deben utilizar y aclaraciones para su correcta instrumentación.

- Ficha dental.
- Bono odontológico, si lo hubiere.

- Resumen de prestaciones (planillas de resumen mensual que le serán remitidas a La Obra Social/Prestadora de Servicios).

FICHA DENTAL. Toda ficha dental debe confeccionarse cumplimentando todos sus ítems.

En ella deberán constar:

- Nombre de la Obra social/Prestadora de Servicios.
- Nombre y apellido del profesional y su número de Matrícula Provincial otorgada por el Colegio de Odontólogos de la provincia de Buenos Aires.
- Nombre y apellido, sexo, edad, dirección y teléfono del paciente.
- Firmas del paciente (certificando individualmente todos los códigos facturados y al consentimiento informado). En caso de ser un menor de edad que no sepa firmar lo harán sus padres, tutor o acompañante, o deberá suscribirlo a ruego un vecino con la aclaración de su nombre y número de documento.
- Mes y año en que han sido realizadas las prácticas.
- Firma del profesional que certifica las prestaciones efectuadas.
- Cantidad de radiografías adjuntas.
- Las enmiendas. Éstas deberán estar salvadas en el casillero Observaciones (“Digo.....”) y certificadas con firma y sello del profesional.
- Las prestaciones efectuadas, utilizando la codificación del nomenclador en los casilleros correspondientes.
- Citar la pieza tratada en el casillero pertinente utilizando el Sistema dígito dos.
- La ubicación de la lesión: mesial (M), distal (D), vestibular (V), lingual o palatino (L o P), incisal (I) u oclusal (O) de la corona anatómica de la pieza dental.
- Odontograma debidamente cumplimentado con el estado bucal completo al facturar el código 01.01 o el código 07.01, y sólo las piezas tratadas en los meses siguientes.
- El consentimiento informado con el nombre del profesional actuante, su firma y sello y firma del paciente.

F) Límite de prestaciones: dos prácticas por mes, más el código 01.01 o 07.01 cuando corresponda. Éste límite hace referencia a una relación contractual entre la Obra Social/Prepaga/Prestadora de Servicios y sus afiliados, quedando a cargo del paciente el total de los costos y honorarios de las prácticas que excedan dicho límite, en caso de no mediar una autorización de la Obra Social/Prestadora de Servicios. (ver el ítem D).-