

## P R E S T A D O R E S

### IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO / AFILIADO

Cualquier práctica odontológica que solicite un Beneficiario afiliado a la OSFATLYF, requerirá la presentación de la **Credencial de Afiliación en forma conjunta con el Documento Nacional de Identidad**.

Para poder acceder a la prestación, deberá abonar el coseguro correspondiente según su plan.

### ODONTOLOGIA GENERAL

**Límites de prácticas:** Se podrán facturar hasta dos prácticas mensuales, más el código 01.01 correspondiente a consulta y ficha catastral (una vez por año por profesional o clínica referente). A excepción de aquellos pacientes que, por su condición sistémica, requieran un mayor número de prácticas dentro de un mes, estas podrán ser autorizadas previamente por la auditoría odontológica, enviando por correo electrónico la constancia médica que detalle la patología existente

No se podrá cobrar dinero adicional a los afiliados en el capítulo de prestaciones correspondientes a PMO, excepto por el valor de coseguro pactado con la entidad para cada plan [Ver anexo credenciales](#).

El incumplimiento de esta norma será motivo de penalización para el profesional y de baja inmediata para la atención de los afiliados de la OSFATLYF.

Para el envío de las prestaciones, se deberá utilizar el **CÓDIGO DE NOMENCLADOR COMPLETO**.

### NORMAS DE TRABAJO POR CAPITULO ODONTOLOGICO

#### **CAPÍTULO I- CONSULTAS**

**010100 Consulta de primera vez, examen, diagnóstico, fichado catastral y plan de tratamiento:** Podrá facturarse una vez al año por profesional y/o consultorio o clínica de referencia. Los profesionales que trabajen en un mismo consultorio o clínica, luego de haberse facturado este código, no podrán facturar el código 010100 durante el mismo período anual.

En caso de producirse una nueva patología no registrada en la ficha catastral enviada, se deberá consignar como observación en la ficha los motivos que originaron el nuevo tratamiento.

En la ficha deberá figurar la siguiente información: odontograma completo, referencia de patologías sistémicas y datos filiatorios

Este código **no deberá ser facturado por especialistas**.

**010400 Consulta de urgencia:** Se podrá facturar hasta dos veces por año, especificando los motivos y las medidas o protocolo realizados durante la práctica, así como el diente o sector bucal afectado justificando la misma.

Se considera consulta de urgencia a toda aquella consulta sin turno previo que resuelva la demanda espontánea de las prestaciones cubiertas por el PMO odontológico y que no constituyan paso intermedio de tratamiento a saber:

- Atención urgente inmediata de traumatismo dentario con avulsión o fracturas amelodentinarias con exposición pulpar (con radiografía periapical respaldatoria).
- Cuadros de hiperemia pulpar. Dolor agudo, apertura y extirpación del filete nervioso dentario sin tratamiento pulpar definitivo (con radiografía periapical respaldatoria).
- Procesos inflamatorios periodontales que requieran drenaje por bolsa o incisión mucosa. Drenaje de abscesos y medicación.

- Cementado de coronas, pernos y puentes odontológicos no confeccionados por el profesional actuante. No incluye agregado de material acrílico, reconstrucción de muñones con material plástico ni confección de dientes provisionales, que estarán a cargo del afiliado.
- Control de hemorragia (hemorragias postquirúrgicas de prácticas efectuadas por otro profesional).
- Atención y medicación de cuadros de: celulitis, absceso periapical agudo con y sin fistula: Flemón.
- Atención de pericoronaritis en terceros molares semi-erupcionados (con radiografía respaldatoria).

No se contempla dentro de estas consultas la realización de prácticas no cubiertas, restauraciones protéticas, controles de implantes, certificados bucodentales, recementados de brackets, pernos y coronas provisionales.

**011200 Consulta estomatológica:** Sólo profesionales autorizados.

## **CAPÍTULO II- OPERATORIA DENTAL**

Este capítulo comprende todas las restauraciones plásticas definitivas realizadas sobre las piezas dentarias, tanto temporarias como permanentes, incluyendo la protección pulpar cuando el caso lo requiera.

Incluye las restauraciones simples, compuestas y complejas, tanto del sector anterior como del sector posterior de la boca.

Todas las restauraciones se facturan por pieza dentaria y no por caras (aunque se deben indicar las mismas). La carencia de la prestación es de 2 años a partir la fecha de la obturación realizada.

Para las piezas dentarias que ya hayan sido obturadas, no se reconocerá una nueva obturación en otra cara la misma pieza, ni su exodoncia, por el mismo prestador, durante el período de carencia de la restauración.

En el caso de las obturaciones que con anterioridad a los dos años necesiten ser tratados endodónticamente, se le debitará al prestador el código correspondiente a la obturación.

Se reconocerán bajo los siguientes códigos:

- **020100** Restauración simple, sector posterior, dientes temporarios y permanentes, con amalgamas, ionómeros vítreos o resinas con técnicas de grabado ácido.
- **020200** Restauración compuesta, sector posterior, dientes temporarios y permanentes, con amalgamas, ionómeros vítreos o resinas con técnicas de grabado ácido.
- **020300** Restauración compleja, sector posterior, dientes temporarios y permanentes, con amalgamas, ionómeros vítreos o resinas con técnicas de grabado ácido.
- **020800** Restauración del sector anterior de canino a canino, dientes temporarios y permanentes, co amalgamas, ionómeros vítreos o resinas con técnicas de grabado ácido.
- **020900** Restauración de ángulo en piezas dentarias anteriores permanentes con resinas con técnicas de grabado ácido.

## **CAPÍTULO III- ENDODONCIA**

Los tratamientos se reconocerán por única vez por pieza dentaria, con radiografías pre y post operatorias, y evidencia radiográfica de aislamiento absoluto. No podrán ser repetidos por el mismo profesional. En caso de ser rehechos por otro profesional, el costo será debitado al primero.

Las radiografías o copias legibles deberán ser presentadas junto a la ficha odontológica, asegurándose de que se pueda visualizar correctamente la totalidad del diente (corona, raíz y ápice).

**030100 Tratamiento unirradicular:** Se reconocerá solo una vez por pieza dentaria e incluye radiografías pre y post operatorias.

Para el reconocimiento de la práctica, en las radiografías deberá visualizarse el aislamiento absoluto de la pieza, y en la radiografía postoperatoria, debe evidenciarse la correcta preparación del conducto radicular, así como que el material radiopaco de la obturación llegue hasta el límite cemento-dentinario (aproximadamente entre 0,5 a 2 mm del extremo anatómico radicular).

En caso de no cumplir con este límite, el profesional actuante deberá justificarlo por escrito en la ficha odontológica. Toda obturación de conductos radiculares que sobrepase el límite cemento dentinario o llegue a ocupar la zona periapical con conos de gutapercha o materiales no reabsorbibles por los tejidos periajiales a distancia del tratamiento se consideran contraindicados. En estos casos, se procederá a la anulación de la facturación del tratamiento.

**030200 Tratamiento multiradicular:** Se reconocerá solo una vez por pieza dentaria e incluye radiografías pre y post operatorias.

Para el reconocimiento de la práctica, en las radiografías deberá visualizarse el aislamiento absoluto de la pieza. En la radiografía postoperatoria, debe evidenciarse la correcta preparación de los conductos radiculares, y que el material radiopaco de las obturaciones llegue hasta el límite cemento-dentinario (aproximadamente entre 0,5 a 2 mm del extremo anatómico radicular). En caso de no cumplir con este límite, el profesional actuante deberá justificarlo por escrito en la ficha odontológica.

Toda obturación de conductos radiculares que sobrepase el límite cemento dentinario o llegue a ocupar la zona periapical con conos de gutapercha o materiales no reabsorbibles por los tejidos periajiales a distancia del tratamiento se consideran contraindicados y se procederá a la anulación de la facturación del tratamiento.

**030500 Biopulpectomía parcial:** Se reconocerá una cada 24 meses en la misma pieza dentaria, incluye rx pre y post operatoria.

A los efectos del reconocimiento de la práctica, deberá visualizarse en las radiografías el aislamiento absoluto de la pieza.

Cuando se realice esta práctica, no se reconocerá otro tratamiento de endodoncia ni su correspondiente restauración coronaria hasta un año después de efectuada biopulpectomía parcial, siempre que sea realizado por el mismo profesional.

**030600 Necropulpectomía parcial:** Se reconocerá cada 60 meses en la misma pieza dentaria, incluye radiografías pre y post operatoria.

A los efectos del reconocimiento de la práctica, en las radiografías deberá visualizarse el aislamiento absoluto de la pieza.

Además, se deberá consignar por escrito la justificación clínica de la práctica, explicando la imposibilidad de realizar un tratamiento endodóntico total.

## CAPÍTULO V- PREVENCIÓN

**050100 Consulta preventiva periódica en adultos:** Este código incluye las tartrectomías, cepillados mecánicos y aplicación de flúor en pacientes mayores de 18 años en ambas arcadas.

Se reconocerá una vez por año. No podrá facturarse cuando el paciente sea periodontal.

El tratamiento periodontal, capítulo VIII, no podrá facturarse hasta transcurrido un año desde la facturación del código 0501.

**050200 Consulta preventiva periódica:** Este código incluye la tartrectomía, cepillado mecánico, aplicación de flúor tópico, barniz, colutorios y enseñanza de técnica de cepillado. Incluye códigos 05.01 y 05.04.

Se reconocerá cada 6 meses sólo para pacientes mayores de 4 años y menores de 18 años y en embarazadas, en ambas arcadas.

**050400 Consulta preventiva. Detección, control de placa bacteriana y enseñanza de técnicas de higiene bucal:**

Será reconocida en pacientes mayores de 18 años. Comprende enseñanza de técnicas de cepillado, uso de elementos de higiene interdentaria, asesoramiento dietético y revelado de placa. Incluye monitoreo anual.

**050500 Selladores de puntos, surcos, fosas y fisuras:** Será reconocido en piezas dentarias permanentes, molares y premolares sin restauraciones previas y hasta los 15 años de edad del paciente.

Esta práctica podrá realizarse cada 18 meses, durante este lapso no podrán facturarse otro tipo de obturaciones en el mismo diente.

## CAPÍTULO VII- ODONTOPEDIATRÍA

**070100 Consultas de motivación:** Incluye hasta 3 visitas al consultorio y se reconocerá por única vez sólo para menores de 13 años. Comprende el código 01.01 y la consulta diagnóstica, examen y plan de tratamiento. Después de transcurrido un año, podrán facturarse consultas bajo el código 01.01.

**070200 Mantenedores de espacio:** Comprende mantenedores de espacio fijos o removibles. Se cubrirá por única vez por pieza dentaria y en pacientes de hasta 8 años inclusive. Se incluyen coronas o bandas con ansa de alambre de apoyo o tornillo de expansión.

**070300 Reducción de luxación con inmovilización dentaria:** Se reconocerá por única vez en la misma pieza dentaria TEMPORARIA. Incluye férula de ser necesaria.

**070400 Tratamiento de dientes primarios con formocresol:** Se reconocerá por única vez en la pieza dentaria cuando esta no se encuentre en período de exfoliación normal y cuando persista por lo menos el 50% de la raíz. Se factura con radiografías pre y post operatoria incluidas.

Tratamientos de dientes permanentes con caries penetrantes y que no hayan concluido la formación del ápice. (Técnicas de apexificación, hasta 3 intervenciones) con aislación absoluta y radiografías pre y post operatoria.

**070500 Corona de acero o similares:** Coronas de acero o similares indicadas en casos de piezas temporarias con tratamientos con formocresol o gran destrucción coronaria, cuando no se encuentre en período de exfoliación, y en primeros molares permanentes hasta los 15 años. Incluye radiografías pre y post.

### 07.06 Traumatismos dentarios (con rx pre y post)

070601 Traumatismo dentario, Reducción con inmovilización de luxación

070602 Traumatismo dentario, Reimplante dentario e inmovilización

070604 Traumatismo dentario, Fractura amelodentinaria. Protección pulpar. Coronas provisionarias

## CAPÍTULO VIII-PERIODONCIA

**080100 Consulta de estudio:** Incluye la confección de la ficha periodontal respectiva la cual deberá acompañar exclusivamente a los códigos 08.03 y 08.04 incluidos en este capítulo. También incluye el código 01.01.00 Se reconocerá una vez por año.

**080200 Tratamiento de la gingivitis marginal crónica:** Comprende la tartrectomía, el raspaje supragingival, el control de placa bacteriana la enseñanza de cepillado, técnicas de higiene oral, la evaluación y las terapias fluoradas. Incluye los códigos 08.01 .00 y 05.01.00

**080300 Tratamiento de la periodontitis leve o moderada:** Incluye los códigos 050100 Y 080500, comprende raspaje y alisado radicular, eventual gingivectomía y colgajo y terapia fluoradas. Se reconocerá con radiografía pre operatoria y ficha periodontal debidamente confeccionada. Ante la presencia de hasta 5 mm de profundidad de bolsa, se reconocerá cada dos años. La liquidación del código de mantenimiento 08.51.00 difiere la carencia de este código en seis meses. Se liquidará teniendo en cuenta seis cuadrantes: superior derecho, superior anterior, superior izquierdo, inferior izquierdo, inferior anterior, inferior derecho.

**080400 Tratamiento de la periodontitis destructiva severa:** Incluye los códigos 05.01, 08.03, 08.05, más eventual cirugía muco gingival. Se reconocerá con radiografía preoperatoria y ficha periodontal debidamente confeccionada ante la presencia de bolsas de 6 mm o más. Se reconocerán cada dos años. Práctica exclusiva para especialistas. En la liquidación del código 08 51 00 mantenimiento, difiere la carencia de este código por seis meses. Se liquidará teniendo en cuenta seis cuadrantes: superior derecho, superior anterior, superior izquierdo, inferior izquierdo, inferior anterior, inferior derecho.

**080500 Desgaste selectivo:** se reconocerá cuando se detalla el estudio de la oclusión y el análisis de los factores traumatizantes, remitiendo a los elementos de juicio necesarios para su evaluación por ambas arcadas. Se reconocerá por única vez y descansando las piezas dentarias tratadas.

**085100 Consulta de mantenimiento post tratamiento:** Se reconocerá una vez cada seis meses, siempre y cuando se encuentre terminado el tratamiento periodontal con Alta básica. Incluye códigos 050100 Y 080200.

## **CAPITULO IX- RADIOLOGÍA**

**090101 / 02 Radiografía periapical / Bite Wing**

**090103 Radiografía oclusal**

**090104 Radiografías media seriada periapical de siete películas.**

**090105 Radiografía seria de 14 películas.**

**090204 Pantomografía**

**090205 Estudiocefalométrico. La cobertura es de un trazado.**

### **Norma general para radiología**

Toda radiografía debe presentarse de forma que no se dañe la película, en un sobre o porta película que contenga el nombre, apellido y número de afiliado del paciente. Además, debe estar acompañada del informe respectivo. Las radiografías deben tener una correcta definición, centrado, contraste, así como un adecuado proceso de revelado y fijado, para garantizar su fácil interpretación. La falta de alguno de estos requisitos será motivo suficiente para no reconocer la práctica o devolverla para su corrección.

Todos los códigos de radiología deben ser liquidado junto con la orden de derivación correspondiente, en la cual se debe indicar el motivo, diagnóstico presuntivo, odontólogo derivador y su matrícula. Cada uno de los códigos se cubrirá

una sola vez por año para cada paciente. En caso de que sea necesaria una nueva toma durante el año de carencia, se deberá solicitar autorización a la auditoría odontológica de la obra social.

## **CAPÍTULO X- CIRUGÍA**

**100100 Exodoncia simple:** No se reconocerá esta práctica en la pieza dentaria que haya sido facturada por el mismo profesional bajo los códigos de los capítulos II y III, si se encuentra dentro del período de garantía. Las exodoncias de dientes temporarios serán reconocidas únicamente si no se encuentran en el período de exfoliación normal y si persiste al menos el 50% de la raíz. Además, se reconocerán solo si se presenta una radiografía preoperatoria.

**100200 Plástica de comunicación bucosinusal como riesgo previsto simultáneo a la exodoncia:** Debe acompañarse de una radiografía preoperatoria que justifique la realización de la práctica.

**100300: Biopsia por punción o aspiración:** No incluye el estudio Anatomopatológico.

**100400: Alveolectomía estabilizadora:** Debe acompañarse de un detalle completo de la historia clínica, así como de radiografías preoperatoria y postoperatoria. Se reconocerá por cuadrante, una única vez.

**100500 Reimplante dentario:** No incluye tratamiento endodóntico. Se deberá acompañar de un detalle completo de la historia clínica. Se reconocerá una única vez por pieza dentaria.

**100600 Incisión y de drenaje de absceso por vía intra bucal:** Deberá acompañarse con detalle de historia clínica.

**100700: Biopsia por escisión:** No incluye el estudio Anatomopatológico.

**100800 Exodoncia en retención mucosa:** Incluye radiografía pre y postoperatoria. Para su liquidación, se deben presentar ambas radiografías.

**100900 Exodoncia de dientes con retención ósea:** Incluye radiografía pre y postoperatoria. Esta práctica es exclusiva para especialistas y se aplica a terceros molares y caninos retenidos. Para su liquidación, se deben presentar ambas radiografías.

**101000 Germectomía:** Incluye radiografía pre y postoperatoria. Esta práctica es exclusiva para especialistas. Para su liquidación, se deben presentar ambas radiografías.

**101100 Liberación de dientes retenidos:** Para su reconocimiento, se debe presentar radiografía pre y postoperatoria, además de una breve historia clínica que justifique la práctica.

**101200 Apicectomía:** Para su reconocimiento, se debe presentar radiografía pre y postoperatoria, además de una breve historia clínica que justifique la práctica.

**101300 Tratamiento de la osteomielitis:** Debe acompañarse de un detalle de historia clínica. No se reconocerá si es consecuencia de prácticas realizadas por el mismo profesional.

**101400 Extracción de cuerpo extraño:** Debe acompañarse de un detalle de historia clínica y radiografía preoperatoria. No se reconocerá si es consecuencia de prácticas realizadas por el mismo profesional.

**101500 Alveolectomía correctiva:** Acompañar con detalle de historia clínica. Se reconoce por zona 6 sectores, por única vez. Rx pre.

**101600 Frenectomía:** Acompañar con detalle de historia clínica.

## MEDICAMENTOS

### **AMBULATORIOS**

Deberán ser prescriptos por su **nombre genérico en Recetario institucional del PRESTADOR** (ver requisitos Pedido Médico/Orden), respetando lo establecido por la Ley 25.649. La provisión podrán realizarla en forma directa a través de las Farmacias pertenecientes a la Red de *Farmandat*.

## FACTURACION

La facturación deberá ser presentada o enviada por correspondencia, por los PRESTADORES, a **Adolfo Alsina 1131 (CP 1088) Ciudad Autónoma de Buenos Aires**.

La factura deberá estar confeccionada a nombre de la **OSFATLYF (CUIT 30-66322124-4)**, **Responsable Inscripto**; ser de **tipo A o C** y, se deberá facturar **por separado** las prestaciones de Beneficiarios **exentos** (obra social) de aquellos que son **gravados**.

Ingresada la facturación en Sede Central, se procederá a su registro en la Cuenta Corriente del Prestador y se realizará la auditoría de facturación correspondiente, efectuando el pago en un todo de acuerdo con este último proceso.

Serán motivo de **DEBITO** cualquiera de los puntos que se detallaron con anterioridad, debiendo realizar el PRESTADOR la **Nota de Crédito** correspondiente para que la facturación quede cerrada ante OSFATLYF y ARCA.

Se practicará **DEBITO TOTAL**, cuando la facturación no venga acompañada del respaldo administrativo y médico según lo indicado precedentemente o bien, no se pueda realizar identificación fehaciente del Beneficiario y/o efector. En estos casos la OSFATLYF devolverá la documentación en original al PRESTADOR.

En caso de que se pratique un **DEBITO PARCIAL** (cancelación de la factura por un monto inferior al facturado), por cualquiera de los ítems anteriormente mencionados, la OSFATLYF retendrá toda la documentación en original a fines de respaldar el pago efectuado.

Si surgen débitos, producto del proceso de Auditoría de Facturación, el Prestador recibirá un correo electrónico en la casilla por el informada, desde este Sector de la Obra Social, donde se le informará el motivo e importe a aplicar en el pago de la factura en cuestión.

El PRESTADOR podrá reclamar dentro de los sesenta (60) días posteriores al pago de la factura, los débitos efectuados, vencido dicho plazo NO será aceptado reclamo alguno. En este caso, deberá realizar una **REFACTURACION** por el importe reclamado según normas contables impositivas (esto es, haber realizado la Nota de Crédito sobre la factura en cuestión y realizar una nueva factura en concepto de Refacturación), adjuntando la liquidación del o los ítems re facturados correctamente codificados con montos individuales y monto total y; toda la documentación respaldatoria solicitada en las Planillas de Ajuste emitidas por la OSFATLYF (protocolos, informes, bonos, historia clínica, etc., según se especifique).



OBRA SOCIAL LEY 23660 - INSCRIPTA EN EL R.N.O.S. BAJO N° 1 - 1070 - 1

**PRESTACIONES ODONTOLOGICAS  
NORMAS OPERATIVAS  
FEBRERO 2025**