

1) PRÁCTICAS QUE NO REQUEIREN AUTORIZACIÓN PREVIA

1.1) Listado De Prácticas Que No Requieren Autorización Previa

CODIGO	CAPITULO I - CONSULTAS
01.01	Consulta de Relevamiento bucal
01.02	Consulta no programada o de urgencia
	CAPITULO II - OPERATORIA DENTAL
02.01	Restauraciones convencionales simples de piezas dentarias
02.02	Restauraciones compuestas de piezas dentarias
02.09	Restauraciones complejas de piezas dentarias
	CAPITULO III - ENDODONCIA
03.01	Tratamiento pulpar de 1 conducto (incluye valor de Rx)
03.02	Tratamiento pulpar de 2 conducto (incluye valor de Rx)
03.03	Tratamiento pulpar de 3 conducto (incluye valor de Rx)
03.04	Tratamiento pulpar de 4 conducto (incluye valor de Rx)
03.05	Tratamiento pulpar parcial (incluye valor de Rx)
03.06	Tratamiento momificante con formocresol (incluye valor de Rx)
03.07	Protección indirecta
	CAPITULO V - ODONTOLOGIA PREVENTIVA
05.00	Consulta preventiva y de relevamiento
05.02	Topificación de flúor
05.03	Inactivación de policaries activas
05.04	Enseñanza de técnicas de H.O. y detección de placa bacteriana
05.05	Sellantes de fosas y fisuras. Por pieza dental
	CAPITULO VII - ODONTOPEDIATRIA
07.01	Motivación
07.02	Motivación en pacientes mentalmente discapacitados
07.03	Coronas metálicas de acero y similares

CAPITULO VIII - PERIODONCIA	
08.12	Tratamiento de gingivitis por arcada
08.13	Enseñanza de técnicas de H.O. y detección de placa bacteriana
08.14	Controles post tratamiento sin instrumentación
08.15	Controles post tratamiento con instrumentación
08.16	Raspaje y curetaje por elemento (incluye el valor de Rx)
08.17	Tratamiento quirúrgico por elemento (incluye el valor de Rx)
CAPITULO IX - RADIOLOGIA	
09.01.01	Rx periapical. Técnicas de cono corto o cono largo
09.01.02	Media seriada de 7 películas
09.01.03	Seriada de 14 películas
09.06.00	Ortopantomografía
09.07.00	Telerradiografía
CAPITULO X - CIRUGIA	
10.01	Extracción dentaria
10.02	Plástica de común buco-sinusal con riesgo prev. sim a extrac
10.03	Biopsia por punción o aspiración
10.04	Alveolectomía estabilizadora (por 6 zonas)
10.05	Reimplante dentario inmediato al traumatismo
10.07	Biopsia por escisión
10.08	Alargamiento quirúrgico de la corona clínica
10.09	Extracción de dientes retenidos (incluye valor de Rx)
10.10	Germectomía
10.11	Liberación de dientes retenidos
10.12	Apicectomía
10.13	Tratamiento de osteomielitis
10.14	Extracción de cuerpo extraño
10.15	Alveolectomía correctiva por zona (6 zonas)
10.16	Quistectomía o extirpación de tumores en tejidos duros
10.16.01	Hasta 1 cm. de diámetro

10.16.02	Hasta 3 cm de diámetro
10.16.03	Más de 3 cm de diámetro
10.17	Extirpación de tumores de tejidos blandos
10.17.01	Pequeños
10.17.02	Medianos
10.17.03	Grandes
10.18	Extracción con Alveolectomía externa y restos radiculares (incluye valor de

1.2) Detalle Y Modalidad Por Práctica

1.2.1) CAPITULO I - Consulta

01.01 Consulta de relevamiento bucal: comprende examen, diagnóstico, fichado, Servicio de Salud de tratamiento. Se confeccionará por duplicado, quedando el original para el profesional, cada 12 meses cuando se trate del mismo profesional.

01.02 Consulta no programada o de urgencia: Aplicada a toda prestación que no constituya paso intermedio y/o final de tratamiento. Se reconocerá una cada 3 meses (si fuera necesario). No podrá ser facturado en caso de hemorragia, alveolitos, si la extracción ha sido realizada por el mismo profesional. Cuando se factura dicho código no es necesario marcar el diagrama de la ficha catastral, ni confeccionar la historia clínica; solamente deberá indicar el motivo que dio origen a dicha prestación. No podrá facturarse en caso de control de pacientes tratados quirúrgicamente (por el mismo profesional), ya que dichos controles ya están calculados en los costos dados a cada código del capítulo X. Será obligatorio aclarar motivo de dicha práctica .Se podrá facturar en aperturas, cuándo la endodoncia sea derivada.

1.2.2) CAPITULO II - Operatoria Dental

Norma General:

Las obturaciones tendrán un tiempo de vigencia de 2 años, lapso en el cual el sistema no abonara otra restauración si es realizado por el mismo profesional.

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

Las obturaciones en dentición temporaria deberán tener una duración de 2 años.

Cuando se obture por separado distintas fosas de la cara oclusal, se considerará como una obturación simple.

02.01. Restauraciones convencionales simples a piezas dentarias: Comprende todos los tratamientos de los tejidos duros del diente para resolver los daños provocados por la caries dental que involucre las fosas y fisuras de la pieza dental. Ej: fosa oclusal y surco vestibular (OV), lingual o palatino y caries gingival (OV, OL, OP), y en dientes que no tengan su vecino próximo y las caries se limite a una sola cara. Dicha pieza dentaria solo podrá recibir una nueva obturación de fosas y fisuras transcurridos 24 meses. En caso de necesidad de obturación de las caras proximales (Mesial o Distal) podrá facturarse un código 02.02. en forma conjunta o cuando dicha patología se presente en la pieza dentaria. En caso de hacer micro-obturación deben sellarse las fosas y fisuras restantes.

02.02. Restauraciones compuestas de piezas dentarias: Comprende todos los tratamientos de los tejidos duros del diente provocado por la caries dental que abarque las caras proximales y que deban hacerse abordaje por otra cara. Ej: 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 02.01., el cual podrá facturarse en forma conjunta o cuando dicha patología se presente. En caso de dientes anteriores se podrá facturar un 02.02. cuando la caries abarque

2 caras Ej.: (IMP), en el caso que sea necesario obturación compuesta. Ej.: (DP) en la misma pieza se podrá facturar un código 02.01., pero de ninguna manera se podrá facturar 2 códigos 02.02. en forma conjunta en la misma pieza. Ej: 02.02. en 11 (MO) o (MIP); 02.01. en 11 (DP) (V) (D) (G). En caso de reconstrucción de un ángulo se deberá facturar un código 02.02. Ej.: 02.02. en 11 (MIP) o (DIP). Sea cual fuera la ubicación de la caries en una misma pieza dentaria, solo podrá facturarse como máximo, 2 códigos 02.01.; o 1 código 02.01 y 1 código 02.02 o 1 código 02.09.

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 performadas, 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 con Rx comprobatoria de las piezas 14 al 38; 24 al 28; 34 al 38 y 44 al 48. 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, de lo contrario se tomará como código 02.02. Puede acompañarse con Rx comprobatoria, la que no esta incluida en el valor del código; (facturar por separado).

1.2.3 CAPITULO III - Endodoncia

Normas Generales:

En todo tratamiento de Endodoncia deberá acompañarse para su reconocimiento las radiografías correspondientes. En caso de reobturación del o los conductos, la misma podrá efectuarse con la aclaración por medio del profesional actuante que justifique dicha necesidad, la cual será evaluada por la auditoria para su reconocimiento. Los valores de las Rx están incluidos dentro del valor que tiene cada código del capítulo III.

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.

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 practica con el fin de permitir la maduración apical para posteriormente realizar el tratamiento que corresponda (endodoncia, reconstrucción, etc.) que se reconoce a partir del año de realizada.

Para facturar dicho código es requisito excluyente la demostración radiográfica de las piezas dentarias trazadas 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 temporarios anteriores y posteriores. 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.

1.2.4. CAPITULO V - Odontología Preventiva

05.00. Consulta preventiva de relevamiento: hasta los 13 años de edad se reconocerá cada 12 meses; incluye al código 01.01, comprende además de lo especificado para el código 01.01.

05.02. Topificación con flúor: Se reconocerá semestralmente, por tratamiento y en ambas arcadas; cualquiera que fuesen la técnica que se utilice. 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 y en toda la boca, se permitirá por única vez como complemento de un tratamiento que por lógica debe involucrar las mismas piezas que se marquen como existentes con caries activas.*

05.04. Enseñanza de técnicas de H.O. y detección de placa bacteriana: Se reconocerá una vez cada 12 meses y hasta los 12 años, después se factura cómo código 08.13.

05.05. Sellantes de fosas y fisuras, por pieza dental: Se reconocerá en dientes temporarios y permanentes, pudiéndose repetir cada 12 meses si fuese necesario.

1.2.5. CAPITULO VII - Odontopediatría

07.01. Motivación: Se reconocerá hasta los 10 años. Se podrá facturar hasta 1 código 07.01. Cada 6 meses con un máximo de 4 códigos, por el mismo profesional. No incluye al 01.01.

07.02. Motivación en pacientes mentalmente discapacitados: Se reconocerá sin límite de edad. Se podrá facturar hasta 1 código 07.02. cada 3 meses, hasta un máximo de 8 códigos, por el mismo profesional. No incluye al 01.01. El paciente debe poseer programa de discapacidad.

07.03. Coronas metálicas de acero y similares: Se reconocerá en dientes temporarios hasta los

10 años, y no se reconocerá obturación debajo de las coronas.

1.2.6. CAPITULO VIII - Periodoncia

08.12. Tratamiento de gingivitis por arcada: Comprende destartraje manual o mecánico por Arco. Se reconocerá cada 12 meses, y se considera un código 08.12. por arco dentario. No incluye al 08.13. Se reconocerá a partir de los 12 años de edad.

08.13. Enseñanza de técnicas de H.O. y detección de placa bacteriana: Se reconocerá cada 12 meses.

08.14. Controles post tratamiento sin instrumentación: Incluye al 08.11. y 08.12. Se reconocerá cada 4 meses y partir de los 12 años de edad.

08.15. Controles post tratamiento con instrumentación: Incluye al 08.11. y 08.12. Se reconocerá cada 4 meses. Los códigos 08.14. y 08.15 comprenden todo lo que el profesional considere necesario realizar para conservar la salud periodontal del paciente. Se reconocerá a partir de los 12 años de edad.

08.16. Raspaje y curetaje por elemento (incluye valor Rx): Incluye al 08.12 - 08.14 y 08.15. Se reconocerá cada 24 meses.

08.17. Tratamiento quirúrgico por elemento: Incluye al 08.12/14/15/16. Se reconocerá cada 24 meses.

Nota: 08.16/08.17. Se pueden facturar hasta ocho (8) códigos independientemente de la posición de la pieza dentaria en la boca, por afiliado, por mes comprobatorio con Rx donde se visualice claramente reabsorción de la cresta ósea Ínter alveolar de su nivel normal, o con la ficha periodontal. De lo contrario se considera código 08.12 o 08.15 (mantenimiento - destartraje).

1.2.7. CAPITULO IX - Radiología

Norma general

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.

Ej.: Rx comprobatorias - Endodoncias - Cirugía.

Norma particular:

09.01.01. Rx periapical: Se admite como máximo cuatro veces la suma.

09.01.02. Media seriada de 7 películas: Se reconocerá cuando la integran de 5 a 7 películas.

09.01.03. Seriada de 14 películas: Se reconocerá cuando la integren de 10 a 14 películas.

09.06.00. Ortopantomografía.

09.07.00. Teleradiografía.

1.2.8. CAPITULO X - Cirugía Bucal

Norma general:

Para el reconocimiento de las prácticas contempladas en el presente capítulo la auditoría podrá solicitar la documentación que estime necesaria (Ficha dental, historia clínica, radiografías, etc.) y que justifique la realización de la práctica. La falta de presentación de la documentación solicitada por la Auditoría faculta a la misma a no reconocer la práctica efectuada. La Auditoría establecerá de común acuerdo con el prestador las prácticas que para su realización requerirán autorización previa.

Norma particular:

10.02. Plástica de común buco-sinusal con riesgo previo similar a extracción: Para su reconocimiento deberá acompañarse la radiografía preoperatoria que justifique la realización de la práctica.

10.03. Biopsia por punción o aspiración: No incluye el estudio anatomopatológico, al igual que el código 10.07.

Nota: Códigos que no necesitan Rx comprobatoria: 10.01./10.03./10.07./10.17, los demás si deben presentarla.

10.10. y 10.09. Extracción de dientes retenidos / Germectomía: En el caso particular de estos códigos para dientes retenidos debe ser requisito excluyente la demostración radiográfica. Al menos de 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. Como ejemplo de esto y para dejar claro que casos serán reconocidos en estos códigos enumeremos los mismos: Piezas dentarias en posición horizontal, invertida y transversal. Referido a la posibilidad de existencia de dos o más patologías, la auditoría autorizará un solo código sin perjuicio de la posibilidad de casos excepcionales que podrán ser considerados. Para los códigos 10.09. y 10.18., las Rx están incluidas en su valor, no debiéndose facturar por separado. Para todos los códigos de comprobación con Rx se refiere a la Rx previa solamente.

2) LISTADO DE PRÁCTICAS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN

CODIGO	PROTESIS FIJA
04.01.02	Incrustaciones. Cavidad compuesta y compleja
04.01.04	Corona colada
04.01.05	Corona colada con frente estético
04.01.08	Perno muñon simple y compuesto
04.01.10	Tramo de puente de metal con frente
04.01.11	Corona de acrílico (de premolar a premolar)
04.01.12	Elemento provisorio por unidad
04.01.13	Corona de porcelana sobre metal
04.01.14	Tramo de puente de porcelana sobre metal
	PROTESIS REMOVIBLE
04.02.02	De acrílico: hasta ocho dientes
04.02.03	De acrílico: mas de ocho dientes
04.02.05	Colado de cromo. Hasta ocho dientes
04.02.06	Colados de cromo. Mas de ocho dientes
	PROTESIS COMPLETA
04.03.01	Prótesis completa Superior
04.03.02	Prótesis completa Inferior
	VARIOS
04.04.01	Compostura Simple
04.04.02	Compostura con agregado de un diente
04.04.03	Compostura con agregado de un retenedor
04.04.04	Compostura con agregado de un diente y un retenedor
04.04.05	Dientes subsiguientes cada uno
04.04.06	Retenedor subsiguiente cada uno
04.04.10	Rebasado de prótesis parcial
04.04.11	Rebasado de prótesis completa
04.04.12	Placa de relajación

2.1. CONDICIONES GENERALES PARA LA COBERTURA DE PRÓTESIS

1- Será aplicable a los afiliados del Servicio de Salud PMI 2000, PMI 3000 y PMI 2886/2000 y socios de los demás Servicio de Salud que abonen el servicio de prótesis odontológica. Como no tienen identificación en la credencial es fundamental pedir previa autorización para saber si el socio tiene o no cobertura de prótesis.

2- En todos los casos se reconocerán en piezas permanentes y fuera del período de garantía de otros capítulos, según consideración de auditoría.

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

4- Para los socios de los Servicio de Salud PMI y PMI 2886 que estén adheridos al servicio de prótesis odontológica se reconocerá el 50% del arancel propuesto por esta Obra Social, debiendo el afiliado abonar el otro 50% preestablecido en consultorio. Para los socios de los Servicios de Salud PMI 2000, PMI 3000 y PMI 2886/2000, que estén adheridos al Servicio de prótesis odontológica se reconocerá el 100 % de los valores pactados por convenios.

5- Se reconocerá con autorización previa de la ficha odontológica perfectamente confeccionada en cuanto a marcación en odontograma y codificación de práctica a realizar.

6- Dicha ficha se enviará por Fax a la obra social donde se autorizará, con sello habilitante, figurando el costo total del tratamiento y el costo a pagar por el afiliado en consultorio. Dicho Fax se remitirá al afiliado el que se deberá adjuntar a la ficha para su facturación. El no poseer dicho Fax autorizado con sello de la obra social inhabilita cualquier tipo de reclamo.

7- Se reconocerán 4 códigos de prótesis por afiliado por mes, pudiendo combinarse con otros capítulos. Se pueden facturar hasta un total de 7 códigos por mes; 4 de prótesis y 3 de odontología general. Lo que no se puede hacer es reemplazar la cantidad. Es decir, no se puede 4 de odontología general y 3 de prótesis, o 5 de prótesis y 2 de odontología general.

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

9- Los códigos 04.02. deberán incluir las piezas que reemplazan en odontograma de ficha. Diagrama del aparato protésico.

10- El código 04.04.10, se reconocerá 1 vez cada 12 meses a partir de la fecha de instalación de la prótesis.

11 - El código de compostura, será indispensable aclarar el tipo y sector de la reparación, de lo contrario se debitará la práctica.

2.2 GARANTÍAS

- Código 04.01.... 5 años.
- Código 04.02.... 3 años.
- Código 04.03.... 3 años.
- Código 04.04.... 18 meses.

Excepto Código 04.04.12 que se reconocerá cada 12 meses.

3) PRÁCTICAS ESPECIALES

3.1 RECONOCIMIENTO DE ORTODONCIA

1- Será aplicable a los socios del Servicio de Salud PMI 2000, PMI 3000 y PMI 2886/2000, sin excepción.

2- Se deberá solicitar previamente la aprobación de J.S. Para ello deberá presentar historia clínica o informe detallando: datos completos del socio, diagnóstico morfofuncional del

caso, tipo de aparatología, duración estimada del tratamiento, pronóstico.

3- Para facturar deberá adjuntar a dicho pedido, autorización JS con la firma de conformidad del socio.

4- Se abonará por única vez; un monto fijo estipulado según Servicio de Salud, no constituyendo un preacuerdo de valor arancelario.

5- La diferencia arancelaria del tratamiento, a cargo del socio en consultorio.

6- Codificación: o06

3.2 RECONOCIMIENTO DE ORTOPEDIA

1- Será aplicable a los socios del Servicio de Salud PMI 2000, PMI 3000 y PMI 2886/2000, sin excepción.

2- Se deberá solicitar previamente la aprobación de J.S. Para ello deberá presentar historia clínica o informe detallando: datos completos del socio, diagnóstico morfofuncional del caso, tipo de aparatología, duración estimada del tratamiento, pronóstico.

3- Para facturar deberá adjuntar a dicho pedido, autorización JS con la firma de conformidad del socio.

4- Se abonará por única vez y sólo hasta los 14 años de edad; un monto fijo estipulado según Servicio de Salud, no constituyendo un preacuerdo de valor arancelario.

5- La diferencia arancelaria del tratamiento, a cargo del socio en consultorio.

6- Codificación: o06.03

3.3 RECONOCIMIENTO DE IMPLANTES

1- Será aplicable a los socios del Servicio de Salud PMI 2000, PMI 3000 y PMI 2886/2000, sin excepción:

2- Se deberá solicitar previamente la aprobación de J.S. Para ello deberá presentar ficha catastral detallando datos completos del socio, marcando en odontograma, la posición del implante.

3- Para facturar, deberá adjuntar por original ficha catastral, autorización J.S con la firma de conformidad del socio y Rx comprobatoria pre y post tratamiento.

4- Se abonará por única vez en la posición solicitada y hasta 3 (tres) por año calendario.

5- La diferencia arancelaria del tratamiento, a cargo del socio en consultorio.

6- Codificación: OD-4701