

### Convenio C.O.R.A.-Conferencia Episcopal Argentina

**Forma de atención:** El afiliado debe presentar el carnet que lo habilite como tal y su documento de identidad. El profesional debe confeccionar correctamente la ficha catastral indicando los trabajos realizados y a realizar. Si el paciente no tiene trabajos realizados se debe indicar “No posee trabajos anteriores”. La validez de los trabajos que se facturen estará dada por la firma del paciente en la ficha renglón por renglón.

**Este convenio, salvo para los tratamientos de endodoncia (se puede facturar sólo uno por mes), no tiene límite mensual de prácticas por beneficiario.**

**En éste convenio se factura el 100 % del valor del nomenclador. La C.O.R.A. liquidará el total menos un 3 % de gastos administrativos.**

**Aranceles:** Se adjuntan.

**Plazo de pago:** 30 días de recepcionada la facturación en C.O.R.A.

**Prestaciones que se reconocen:**

0101 - 0102.  
0201 - 0202 - 0208 - 0209.  
0301 - 0302 - 0305.  
0501 - 0502 - 0504 - 0505.  
0801 - 0802 - 0803 - 0804 - 0805.  
090100 - 090200 - 090201 - 090202 - 090203 - 090300 - 090400 -  
090600 - 090700 - 090800.  
100101 - 100102 - 100103 - 100105 - 100106 - 100107 - 100108  
100110 - 100113 - 100202 - 100204.

## **Convenio CORA-Conferencia Episcopal Argentina.**

### **Normas generales**

Al iniciar la prestación el odontólogo debe exigir al afiliado el carnet que lo habilite como tal. Para facturar debe consignar los códigos en el dorso de la ficha y la validez de los mismos estará dada por la firma de conformidad, renglón por renglón, del afiliado. No se requiere autorización previa, y salvo para los tratamientos de endodoncia (se puede facturar uno por mes) no hay límite mensual de prestaciones. La ficha deberá ser cumplimentada en su totalidad para evitar débitos de tipo administrativo.

### **Normas particulares**

#### **Capítulo I: Consultas.**

##### **0101 - Consulta, diagnóstico, fichado y plan de tratamiento.**

Se considera como primera consulta. Comprende: Examen, diagnóstico, fichado, plan de tratamiento, confección de historia clínica que refleje el estado general del paciente. Para el cobro de este código es indispensable adjuntar ficha catastral completa. No olvidar los datos completos del paciente: apellido y nombre, número de afiliado, fecha de nacimiento. Marcar como se debe los trabajos realizados y a realizar en rojo y azul respectivamente (no utilizar el mismo color para ambos, ni otro color que los señalados), de no haber tratamientos anteriores, es obligatorio señalarlo en observaciones. Se reconocerá cada 12 meses.

##### **0102 - Consulta de urgencia. Consulta estomatológica.**

Se considera Consulta de Urgencia a toda consulta sin turno previo, que resuelva la demanda espontánea. El beneficiario una vez resuelta la urgencia podrá consultar a su odontólogo general para iniciar el tratamiento definitivo de la patología que lo afecte. No se contempla dentro de esa consulta la realización de prácticas no cubiertas, a excepción del cementado de puentes y coronas que no requieran de restauración protética. Esta será aplicada a toda prestación que no constituya paso intermedio y/o final de tratamiento. Se reconocerá una cada 3 meses (si fuera necesario). Se debe establecer en todos los casos el motivo de la misma; Ej.: pericoronaritis, estomatitis, cementado de coronas y puentes, punción y drenaje de abscesos, flemones, hemorragias, alveolitis, etc.

Nota: No podrá ser facturado en caso de hemorragia, alveolitis, si la extracción ha sido realizada por el mismo profesional. Cuando se factura dicho código no es necesario enviar la ficha catastral, ni confeccionar la historia clínica, solamente deberá indicar el motivo que dio origen a dicha prestación en el bono del paciente. Consulta Estomatológica: Para su facturación se deberá enviar historia clínica.

#### **Capítulo II: Obturaciones.**

##### **0201 - Restauración simple con amalgama.**

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.

##### **0202 - Restauración compuesta o compleja con amalgama.**

Comprende todos los tratamientos de los tejidos duros del diente provocados por la caries dental que abarquen más de una cara.

##### **0208 - Restauración simple con material estético.**

Se reconocerá como obturación simple con material estético a aquellas que abarquen una sola cara del diente, en piezas anteriores.

### **0209 - Restauración compuesta con material estético.**

Se reconocerá como obturación compuesta con material estético a aquellas que abarquen dos o más caras del diente. Se reconoce solamente en piezas anteriores.

### **Normas generales del Capítulo II**

Las obturaciones contemplan todos los materiales de restauraciones científicamente reconocidos, como así también, técnicas, instrumental y equipamiento que el profesional crea más conveniente en la reconstrucción de la pieza dentaria. Al facturar se reconocerá como máximo dos códigos 02.01 o dos códigos 02.08 o un código 02.02 o un código 02.09 según corresponda por pieza dentaria. Las obturaciones tendrán un tiempo de vigencia de 24 meses, lapso en el cual el sistema no abonará otra restauración si es realizada por el mismo profesional. En caso de reobturación la misma deberá efectuarse con la aclaración por medio del profesional actuante que justifique esta necesidad, la cual será evaluada por la Auditoría para su reconocimiento.

### **Capítulo III: Endodoncia.**

#### **0301 - Tratamiento unirradicular.**

#### **0302 - Tratamiento multirradicular.**

#### **0305 - Biopulpectomía parcial.**

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 realizada por el mismo profesional.

### **Normas generales del Capítulo III**

Todo tratamiento de Endodoncia debe acompañarse para su reconocimiento, con las Rx pre y post operatorias. Los valores de las Rx están incluidos en el valor que tiene cada código del capítulo III, no así la conductometría que se puede facturar junto con el tratamiento realizado. Para reconocer todo tratamiento de Endodoncia, debe visualizarse en la Rx post-operatoria la correcta preparación de los conductos y que el material de obturación radiopaco llegue hasta el límite cemento dentinario (a un milímetro aproximadamente del extremo anatómico del diente). De no cumplirse ésta norma, la auditoría podrá solicitar al prestador los elementos de juicio que lo justifiquen al sólo efecto de su reconocimiento. Toda obturación de los conductos radiculares que sobrepase el límite radicular 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. No se podrá facturar un nuevo tratamiento de endodoncia durante el período de 3 (tres) años, salvo caso de autorización previa por parte de la Auditoría.

### **Capítulo V: Odontología preventiva.**

#### **0501 - Tartrectomía y cepillado mecánico.**

Comprende Tartrectomía y cepillado mecánico, enseñanza de técnica de cepillado. Se podrá facturar cada 12 meses.

#### **0502 - Aplicación de flúor.**

Comprende aplicación de flúor tópico, barniz y colutorios. Se reconoce semestralmente hasta cumplir los 18 años de edad, por tratamiento y en ambas arcadas, cualquiera fuese la técnica que se utilice.

**0504 - Detección y control de placa. Técnica de higiene bucal.**

Se reconocerá con la presentación de la Historia Clínica correctamente confeccionada. Se reconocerá una vez cada 12 meses.

**0505 – Sellador de puntos y fisuras.**

Se reconoce en primeros y segundos molares permanentes hasta los 15 años teniendo una durabilidad de 24 meses. La pieza dentaría tratada con sellante no podrá recibir obturación por un término igual al estipulado por la duración del sellante, por el profesional actuante.

**Capítulo VIII: Periodoncia.**

**0801 - Consulta periodontal. Diagnóstico y pronóstico.**

Comprende el análisis, detección de bolsa periodontal, diagnóstico y plan de tratamiento. Se deberá enviar la ficha periodontal. Es obligatoria haberla presentado para poder facturar los códigos 08.03 y/o 08.04. Se reconocerá hasta una vez por año.

**0802 - Tratamiento de gingivitis.**

Comprende todos los cuadros gingivales cualquiera fuese su etiología. Incluye tartrectomía, raspaje, control de placa, enseñanza de cepillado y evaluación, eventual genioplastia. Se reconocerá cada 12 meses y se considera un tratamiento por arco dentario.

**0803 - Tratamiento de periodontitis destructiva leve o moderada.**

Se requieren Rx preoperatorias y ficha periodontal. Bolsas de hasta 5 mm. por sector (6 sectores). Incluye alisado radicular, eventual gingivectomía o colgajo. Se reconoce cada 24 meses.

**0804 - Tratamiento de periodontitis destructiva severa.**

Se requieren Rx preoperatorias y ficha periodontal. Bolsas de hasta 6 mm. por sector (6 sectores). Incluye alisado radicular, gingivectomía o colgajo, y cirugía mucogingival e injerto. Se reconoce cada 24 meses.

**0805 - Desgaste selectivo o armonización oclusal.**

Se reconocerá cuando se detalle el estudio de la oclusión y el análisis de los factores traumatizantes, remitiendo los elementos de juicio necesarios para su evaluación.

**Capítulo IX: Radiología.**

**090100 - Radiografía periapical.**

Se admiten como máximo dos Rx por ficha. Se debe indicar el motivo. Deben presentarse en sobre adecuado con nombre y apellido, número de afiliado y nombre de la Obra Social. La falta de cualquiera de estos requisitos será causa suficiente para no reconocer la práctica o ser devuelta para su cumplimentación.

**090200 - Radiografía oclusal.**

Se admiten como máximo dos por ficha.

**090201 - Extrabucales. Primera exposición.**

Comprende todas las Rx extraorales de la especialidad, exceptuadas las señaladas con los códigos 09.02.03, 09.06.00, 09.07.00 y 09.08.00.

**090202 - Extrabucales. Exposición subsiguiente.**

Comprende todas las Rx extraorales de la especialidad, exceptuadas las señaladas con los códigos 09.02.03, 09.06.00, 09.07.00 y 09.08.00.

**090203 - Articulación témporo mandibular.**

Técnica de Schuller modificada. Incluye 6 tomas comparativas, 3 por lado.

**090300 - Radiografía media seriada.**

De cinco a siete películas. Se debe indicar el motivo de la misma. Se reconocerá una por año.

**090400 - Radiografía seriada.**

De ocho a catorce películas. Se debe indicar el motivo de la misma. Se reconocerá una por año.

**090600 - Pantomografía.**

Se debe adjuntar el motivo de la misma. Se reconocerá una por año.

**090700 - Telerradiografía cefalométrica.**

Se debe adjuntar el motivo de la misma. Se reconocerá una por año.

**090800 - Sialografía.**

No incluye sustancia de contraste. Comprende el Estudio con un mínimo de 3 Rx, por glándula y por lado.

**Capítulo X: Cirugía bucal**

**Cirugía Grupo I**

**100101 - Alargamiento quirúrgico de la corona clínica.**

**100102 - Alveolectomía estabilizadora o correctiva.**

**100103 - Biopsia por punsión o aspiración.**

**100105 - Extracción simple.**

**100106 - Incisión y drenaje de absesos.**

**100107 - Liberación de dientes retenidos.**

**100108 - Plástica de comunicación buco-sinusal.**

**100110 - Reimplante dentario inmediato al traumatismo.**

**100113 - Tratamiento de herida de tejidos blandos simples.**

**Cirugía Grupo II**

**100202 - Apicectomía - Germectomía.**

Debe acompañarse con Rx pre y post operatoria, cuyos valores están incluidos en el valor de ésta práctica.

**100204 - Extracción de dientes o restos radiculares retenidos complejos.**

Debe acompañarse con Rx pre y post operatoria, cuyos valores están incluidos en el valor de esta práctica.

**Normas generales del Capítulo X**

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 justifiquen 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 requieran autorización. Para los códigos de Cirugía Grupo II se deben presentar la Rx pre-operatoria y Rx post-operatoria, las cuales están incluidas en el arancel.