

Anexo II - Convenio SOCDUS S.A. (O.S.A.M. - O.S.D.E.P. y M.)

O.S.A.M. (Obra Social de la Actividad Minera).

Forma de atención: El beneficiario deberá presentar su credencial con fecha de vigencia y su documento de identidad. El profesional debe cumplimentar una ficha y la validez de las prestaciones que se facturen estará dada por la firma del beneficiario, renglón por renglón. Se debe cobrar coseguro al afiliado. Para los códigos **0101** y **0104** se cobra la suma de \$ **50,00.-**, en el resto de los códigos se cobra la suma de \$ **40,00.-**

A **SOCDUS S.A.** se factura el valor total del arancel. En casos en que se haga una restauración con lámpara de luz halógena, a **SOCDUS S.A.** se factura un código 0202 y se debe cobrar al paciente la diferencia.

Límite: Tres (3) prestaciones mensuales por beneficiario.

O.S.D.E.P. y M. (Obra Social de Directivos y Empresarios Pequeños y Medianos).

Forma de atención: El beneficiario debe presentar su credencial, último recibo de pago al Monotributo o Recibo de Sueldo y documento de identidad. El profesional debe cumplimentar una ficha y la validez de las prestaciones que facture estará dada por la firma del paciente, renglón por renglón.

- **Plan Pyme 800**

En pacientes de 1 a 15 años y mayores de 65 años, para los códigos **0101** y **0104** se cobra un coseguro de \$ **50,00.-** y para el resto de los códigos de \$ **40,00.-** En pacientes de 16 a 64 años, para los códigos **0101** y **0104** se debe cobrar la suma de \$ **100,00.-** y para el resto de los códigos la suma de \$ **80,00.-**

No tiene cobertura por lámpara de luz halógena, práctica que debe cobrarse al paciente.

- **Planes Pyme 1000/2000/3000/4000/STAFF**

En los capítulos I, II, III, V, VII, IX y X no debe cobrarse coseguro. En los códigos 0204, 0302, 090105, 090204, 1002, 1009 y 1016 se debe cobrar la suma de \$ **40,00.-** o \$ **80,00.-** según la edad del paciente (De 1 a 15 y mayores de 65 años el primer importe, y entre 16 y 64 años el segundo).

Tiene cubierta la obturación con luz halógena en el sector anterior.

- **Plan Pyme Personal**

No abona coseguro para ninguna de las prácticas cubiertas. Tiene cobertura de obturación con luz halógena en toda la boca.

- En todos los casos, a **SOCDUS** se factura el arancel total, menos el coseguro cobrado al paciente.

- **Límite:** Tres (3) prestaciones mensuales por beneficiario.

Hay planes que gozan de cobertura total en Prótesis, Ortodoncia e Implantes. En esos casos, el profesional debe completar una ficha y adjuntar el presupuesto correspondiente, para que el beneficiario gestione la autorización previa correspondiente.

Importante:

- Cada convenio debe facturarse por separado
- Las prestaciones podrán facturarse hasta treinta días después de realizadas.

Aranceles: Se adjuntan.

Plazo de pago: 30 días de recibida la facturación en la Obra Social.

Prestaciones que se reconocen:

0101 - 0104.

0202 - 0208 - 0209 - 0215.

0301 - 0302 - 0305 - 0306.

0501 - 0502 - 0505.

0701 - 0704.

0801 - 0802 - 0803 - 0804 - 0805.

090101 - 090103 - 090104 - 090105 - 090204.

1001 - 1002 - 1003 - 1004 - 1005 - 1006 - 1008 - 100901 - 100902 -

1010 - 1011 - 1012 - 1013 - 1014 - 1015.

Normas de Trabajo - Convenio SOCDUS S.A. - Federación Odontológica de Río Negro

CAPITULO I - CONSULTAS.

- 01.01 Examen, diagnóstico, fichado y plan de tratamiento.**
Se autoriza una vez cada doce (12) meses. No lo podrá facturar el especialista a quien se derive determinada práctica.
- 01.04 Consulta de urgencia.**
Para prestaciones que no constituyan paso intermedio y/o final de tratamiento. Siempre se deben establecer los motivos y marcar zonas o piezas afectadas. Ej.: punción y drenaje de absesos, pericoronaritis, estomatitis, cementado de coronas, hemorragias, alveolitis, etc.

CAPITULO II - OPERATORIA DENTAL.

Norma General: No se podrá facturar la extracción de una pieza hasta transcurrido la duración mínima establecida para cada código.

- 02.02 Obturación con amalgama. Cavidad simple, compuesta y compleja.**
Se podrá facturar sólo un código por pieza. Se establece una duración mínima de dos (2) años por cara tratada. Una nueva caries en otra cara podrá facturarse después de transcurrido un año. En caso de piezas temporarias, el lapso para volver a facturar éste código es de un año, y con una nueva caries en otra cara de seis meses.
- 02.08 Obturación con resinas de autocurado.**
Serán reconocidos en premolares, caninos e incisivos. Se podrán facturar dos códigos por pieza. Deberá tener una duración mínima de un año por cara tratada, no pudiendo en ese lapso facturar el código en otra cara.
- 02.09 Reconstrucción de ángulo.**
Se reconocerá de canino a canino. Debe tener una duración mínima de un año, y se podrá facturar sólo en piezas permanentes.
- 02.15 Obturación con luz halógena.**
Se reconocerá sólo en piezas permanentes. Tiene las mismas normas que las obturaciones con amalgama y será reconocido en anteriores, de canino a canino.

CAPITULO III - ENDODONCIA.

- 03.01 Tratamiento de un solo conducto.**
- 03.02 Tratamiento de dos o más conductos.**

Se reconoce un código por pieza cada dos años, si es facturado por el mismo profesional. Para el reconocimiento de éstos tratamientos deben adjuntarse las Rx pre y post operatorias, pudiendo facturarse también la conductometría. El valor de las Rx se podrá facturar aparte del valor de la endodoncia. A los efectos de reconocer todo tratamiento de endodoncia deberá visualizarse en la Rx post operatoria que el material radiopaco de obturación llegue al límite cemento dentinario, a un milímetro del extremo anatómico del diente. Toda obturación que sobrepase con material no reabsorbible éste límite se considerará contraindicada, quedando la Obra Social facultada a solicitar al prestador el fundamento del mismo al sólo efecto de su reconocimiento.

- 03.05 Biopulpectomía parcial.**
Se reconoce con Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado. Se reconoce en pacientes de hasta 15 años. No se reconocerá otra práctica endodóntica con su restauración coronaria hasta un año después de realizada, si la hace el mismo profesional.
- 03.06 Necropulpectomía parcial.**
Se reconoce con Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado, sólo en posteriores permanentes. No se reconoce otra práctica endodóntica con su restauración coronaria hasta un año después de efectuada la misma, si es realizada por el mismo profesional.

CAPITULO V - PREVENCIÓN.

- 05.01 Tartrectomía y cepillado mecánico.**
Se reconocerá cada doce (12) meses sólo a mayores de dieciocho años. Incluye tartrectomía, detección y control de placa, topicación con flúor y enseñanza de higiene oral. Se aceptará una vez cada seis meses en pacientes embarazadas.
- 05.02 Consulta preventiva periódica para menores. Topicación con flúor.**
Incluye consulta preventiva, detección de placa bacteriana, cepillado mecánico, aplicación de flúor y enseñanza de higiene oral. Se reconoce una práctica cada seis meses únicamente hasta los dieciocho años de edad, por tratamiento y en ambas arcadas.
- 05.05 Sellador de puntos y fisuras.**
Se reconocerá una vez por año por pieza, en molares y premolares permanentes, en menores de dieciocho (18) años. No se reconocerá en caras libres ni sobre obturaciones. No se reconocerán obturaciones en la misma pieza en el plazo de duración mínima de la misma.

CAPITULO VII - ODONTOPEDIATRIA.

- 07.01 Consulta, fichado y motivación.**
Incluye fichado y hasta tres consultas de motivación en pacientes de hasta trece (13) años de edad. Se reconocerá una única vez por profesional.
- 07.04 Tratamiento de dientes primarios con formocresol.**
Se reconocerá con Rx post operatoria, cuyo valor se factura aparte del valor de éste código, y cuando la pieza tratada no se encuentre en período de exfoliación normal.

CAPITULO VIII - PERIODONCIA.

- 08.01 Consulta de estudio. Diagnóstico y pronóstico.**
Incluye la confección de una ficha periodontal completa e incluye el 0101.
- 08.02 Tratamiento de gingivitis marginal crónica.**
Comprende tartrectomía, raspaje, alisado, detección y control de placa, topicación con flúor y enseñanza de técnicas de higiene oral. Se reconocerá una vez por año. Incluye los códigos 0501 y 0502. No es necesario para su reconocimiento la confección de la ficha periodontal.
- 08.03 Tratamiento de periodontitis destructiva leve o moderada.**
Bolsas de hasta cinco milímetros. Se aceptan seis sectores en toda la boca. Se reconoce con ficha periodontal completa, Rx preoperatoria de cada sector (cuyo valor se factura aparte) y cada veinticuatro meses.

- 08.04 Tratamiento de periodontitis destructiva severa.**
Bolsas de seis milímetros o más. Se aceptan seis sectores en toda la boca. Se reconocerá con ficha periodontal completa, Rx preoperatoria de cada sector (cuyo valor se factura aparte) y cada veinticuatro meses.
- 08.05 Desgaste selectivo y armonización oclusal.**
Se reconocerá cuando se detalle el estudio de la oclusión y el análisis de los factores traumatizantes, remitiendo los elementos de juicio para su evaluación.

CAPITULO IX - RADIOLOGIA.

Norma General: Toda Rx debe presentarse en sobre adecuado al tamaño, en el que consten nombre, apellido y número de afiliado del paciente, y nombre y apellido del prestador, más el informe respectivo. La corrección en la presentación estará dada además por la correcta angulación, definición, centrado, contraste, revelado y fijado, para posibilitar una correcta y fácil interpretación. Caso contrario, será causa suficiente para no reconocer la práctica o ser devuelta para su cumplimentación.

- 09.01.01 Radiografía periapical.**
Se admiten como máximo cuatro veces la misma. De cinco a siete películas se factura como 090104. De ocho a nueve películas se factura como 090104 más uno o dos 090101, según corresponda. De diez a catorce películas se factura como 090105.
- 09.01.03 Radiografía oclusal.**
Seis por ocho centímetros.
- 09.01.04 Media seriada de siete películas.**
- 09.01.05 Seriada completa de catorce películas.**
- 09.02.04 Radiografía panorámica.**
El odontólogo que la facture no necesita presentarla con la facturación, ya que queda en su poder. Al facturar debe adjuntarse la derivación o pedido e indicar el diagnóstico presuntivo.

CAPITULO X - CIRUGIA.

Para reconocer las prácticas de éste capítulo, la auditoría de la Obra Social podrá solicitar la documentación que estime necesaria (ficha dental, Rx, etc.) que justifiquen la realización de la práctica. La falta de presentación de dicha documentación la facultará a no reconocer la prestación efectuada.

- 10.01 Extracción dentaria simple**
- 10.02 Plástica de comunicación buco sinusal.**
Como riesgo previsto simultáneamente a la extracción.
- 10.03 Biopsia por punción o aspiración.**
No incluye estudio anatomopatológico. Se reconocerá adjuntando historia clínica y resultado de laboratorio de análisis.

- 10.04 Alveolectomía estabilizadora.**
Seis sectores. Se deberá presentar Rx pre y post operatorias, cuyo valor se facturará aparte del valor de éste código.
- 10.05 Reimplante dentario inmediato al traumatismo.**
Se debe presentar Rx pre y post operatoria, que se facturan aparte del valor de éste código.
- 10.06 Incisión y drenaje de abscesos por vía intrabucal.**
- 10.08 Alargamiento quirúrgico de la corona clínica.**
- 10.09.01 Extracción de piezas en retención mucosa.**
Se debe presentar Rx pre y post operatoria, que se facturan aparte del valor de éste código.
- 10.09.02 Extracción de piezas con retención ósea.**
Se debe presentar Rx pre y post operatoria, que se facturan aparte del valor de éste código.
- 10.10 Germectomía.**
Se debe presentar Rx pre y post operatoria, que se facturan aparte del valor de éste código.
- 10.11 Liberación de dientes retenidos.**
Se debe presentar Rx pre y post operatoria, que se facturan aparte del valor de éste código.
- 10.12 Apicectomía.**
Se debe presentar Rx pre y post operatoria, que se facturan aparte del valor de éste código.
- 10.13 Tratamiento de osteomielitis.**
Se debe presentar Rx pre y post operatoria, que se facturan aparte del valor de éste código.
- 10.14 Extracción de cuerpos extraños.**
Se debe presentar Rx pre y post operatoria, que se facturan aparte del valor de éste código.
- 10.15 Alveolectomía correctiva.**
Seis sectores. Se reconocerá con Rx pre y post operatorias, cuyo valor se facturará aparte del valor de éste código.

NORMAS DE TRABAJO

Requerimientos autorizaciones no cubiertas OSPEGAP

Sr. Prestador:

Por este medio se recuerdan los requisitos fundamentales para gestionar autorizaciones, cuando se trata de prestaciones no contempladas dentro de la cobertura que poseen los Afiliados de la Obra Social del Petróleo y Gas Privado:

- **Los socios presentarán para su atención:**
 - Credencial
 - Documento de identidad
 - Último recibo de sueldo
 - Bono de Práctica (que proveerá la Obra Social) y que deberá adjuntarse a la correspondiente ficha. No es excluyente.
- **Procedimiento a seguir:**
 - El prestador remitirá vía correo electrónico y/o fax a ***SOCDUS** el presupuesto, orden, pedido, etc. que requiere realizarse el afiliado.
 - **SOC DUS** auditará y evaluará la cobertura o no de la prestación requerida, posteriormente elevará a OSPEGAP central el pedido de autorización.
 - Una vez que OSPEGAP Central eleve la autorización de corresponder (o no) de lo requerido, **SOC DUS** remitirá al prestador la decisión tomada por la Obra Social (vía fax, correo electrónico, etc)
 - Para su facturación el prestador deberá anexar toda la documentación mencionada, junto a la autorización de la prestación no contemplada.

IMPORTANTE: TENER PRESENTE QUE LAS PRESTACIONES PRESENTADAS ESTAN SUJETAS A AUDITORIA TECNICO-ADMINISTRATIVA DE NO CONTAR LAS MISMAS CON LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA AUTOMATICAMENTE SERÁN DEBITADAS.-

NORMAS DE TRABAJO **OSDEPYM – Prótesis, Ortodoncia e Implantes.**

Atención del afiliado.

Los afiliados que gozan de cobertura total en los capítulos de Prótesis, Ortodoncia e Implantes, deberán presentar su credencial, último recibo de pago al Monotributo o Recibo de Sueldo y documento de identidad. El profesional debe confeccionar una ficha dental y el presupuesto correspondiente, y entregarlos al afiliado para su autorización.

En el caso de Ortodoncia, se deben adjuntar también Rx panorámica, teleradiografía de perfil, estudios cefalométricos y modelos de estudios.

Una vez que el paciente tiene la autorización correspondiente, el profesional puede iniciar el trabajo.

• **Ortodoncia:**

- La aceptación del tratamiento por parte del paciente, sus padres, o tutores, implica la aceptación de todos los recursos técnicos y científicos que el profesional juzgue necesarios implementar para el logro del éxito del tratamiento (indicación de estudios especiales, necesidad de extracciones preventivas y/o por falta de espacio, necesidad de utilización de aparatología extraoral, etc.)
- Las ausencias a las citas sin causa justificada (abandono del tratamiento) dará lugar, previa comunicación a OSDEPYM, a la pérdida de la cobertura del tratamiento. Se considera abandono del mismo transcurridos 60 días sin concurrir a las citaciones sin causa justificada.
- Serán a cargo del paciente:
 - La reposición por pérdida de aparatología.
 - La reparación de roturas causadas por accidentes, uso indebido, mal almacenamiento, etc.
 - La provisión de brackets estéticos (de porcelana y/o policarbonato), como así también los alambres o arcos estéticos.
- Se contempla la cobertura de un tratamiento por persona y por única vez.

• **Facturación:**

- Para la facturación de implantes, ortodoncia o prótesis es indispensable enviar la autorización emitida por OSDEP y M, más la ficha dental con la conformidad del afiliado en cada prestación. En caso de implantes se deben adjuntar los stickers originales. En el caso de prótesis las Rx pre y post operatorias.