

Convenio Mutual Federada 25 de Junio - Planes G1 y G2

Forma de atención:

- ✓ **Grupo 1 - Grupo 2:** El beneficiario (de los Planes de Salud que se identifican en sus credenciales como **Grupo 1** o **Grupo 2**) debe presentar su carnet y su documento de identidad. El profesional debe verificar la vigencia de validez de la credencial (si la misma se encuentra vencida no puede brindar atención al beneficiario). No es necesario requerir al paciente bono de práctica alguno. Las prestaciones serán asentadas en una ficha de la Federación, que deben ser conformadas renglón por renglón por el paciente. Se establece un límite de seis (6) prestaciones mensuales por beneficiario.

Aranceles: Se adjuntan.

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

Prestaciones que se reconocen:

0101 - 0104.
0201 - 0202 - 0215.
0301 - 0302 - 0305 - 0306.
0501 - 0502 - 0505.
0701 - 0702 - 0703 - 0704 - 0705.
0801 - 0802 - 0803 - 0804.
090101 - 090102 - 090104 - 090105 - 09020301 - 09020302 - 090204 - 090205.
1001 - 1002 - 1003 - 1004 - 1005 - 1006 - 1007 - 1008 - 100901 - 100902 - 1010 -
1011 - 1012 - 1014 - 1015.

Convenio Mutual Federada 25 de Junio - Planes G1 y G2

CAPITULO I - CONSULTAS.

01.01 Examen, diagnóstico, fichado y plan de tratamiento.

Se considera primera consulta al examen, diagnóstico, fichado y plan de tratamiento. El fichado debe reflejar el estado actual de la boca, previo al tratamiento a efectuarse. El código 0101 podrá facturarse hasta una vez por año, salvo en menores de quince años cuyo tope serán dos consultas por año, cualquiera fuese el número de veces que en dicho período el beneficiario demande servicios con el mismo prestador, no pudiendo facturarlos los especialistas que efectúen determinada práctica derivada de otro prestador y/o profesional. Sólo se reconocerá cuando no se realice la práctica indicada.

01.04 Consulta de urgencia. No constituye paso intermedio de tratamiento.

Se debe establecer en todos los casos el motivo de la misma. Ej.: pericoronaritis, estomatitis, cementado de corona, punción y drenaje de abscesos, etc. Sólo se reconocerán hasta cuatro consultas por año; incluyendo al código 01.01 si es facturado por el mismo profesional.

CAPITULO II - OPERATORIA DENTAL.

Norma General:

Deben tener una duración mínima de 24 meses. En ese lapso no se reconocerán repeticiones de las mismas, si ésta se efectúa por el mismo profesional. Para las piezas que hayan sido obturadas, no se reconocerá su extracción hasta dos años después de la fecha de realización del trabajo, si ésta es efectuada por el mismo profesional. Cuando se obture por separado distintas fosas de la cara oclusal, se considerará como una obturación simple. Únicamente se exceptúa de ello el primer molar superior y el primer premolar inferior, si fuera necesario mantener el puente adamantino. Al facturar se reconocerá como máximo dos códigos 0201 por pieza dentaria, siempre que no exista continuidad en el material restauratriz.

02.01 Obturación con amalgama. Cavidad simple.

Se reconocerá como obturación simple de amalgama a aquellas en las que se hayan practicado un adecuado tallado de la cavidad, tomando la misma una sola cara del diente.

02.02 Obturación con amalgama. Cavidad compuesta o compleja.

Se reconoce como obturación compuesta o compleja de amalgama a las que abarquen dos o más caras de la pieza y en las que se haya practicado un adecuado tallado de sus caras.

02.15 Obturaciones de fotocurado.

Se reconoce en toda la boca, excepto en temporarios, cuando abarque una o más caras del diente, y siempre que se respete lo establecido en los códigos 0201 o 0202.

CAPITULO III - ENDODONCIA.

Norma General:

Todo tratamiento de endodoncia debe acompañarse con las Rx pre y post operatorias. Se reconocerán hasta 2 Rx por tratamiento o 3 cuando se necesite la conductometría. No podrá efectuarse otro tratamiento de endodoncia por el término de 36 meses, exceptuando el código 0305 de acuerdo a su norma particular. Se consideran multirradiculares las piezas en las que se permita visualizar a través de la Rx post-operatoria la presencia y tratamiento de dos o más conductos radiculares.

Para reconocer todo tratamiento de endodoncia, debe visualizarse en la Rx postoperatoria la correcta preparación del/los conductos radiculares y que el material de obturación radiopaco llegue hasta el límite cemento dentario a un mm. aproximadamente del extremo anatómico del diente. Debe respetarse el aislamiento absoluto de la pieza a tratar. De no cumplirse ésta norma, La Mutual podrá solicitar al prestador los elementos de juicio que justifiquen el no cumplimiento de la misma para su reconocimiento. Toda obturación del conducto radicular que sobrepase el límite cemento dentario o llegue a ocupar la zona periapical a distancia del tratamiento efectuado, y sea un material no reabsorbible por los tejidos periapicales, se considerará contraindicada, facultando a La Mutual a solicitar al prestador el fundamento del mismo. Cuando se hagan prácticas comprendidas en los códigos 0301 y/o 02 en piezas con ápices que no completaron su desarrollo, se reconocerá la reobtención del o los conductos radiculares semestralmente y hasta un máximo de tres intervenciones, facturándose el 100 % en la primera y el 50 % en las restantes, del valor establecido para cada código en el momento de efectuar la práctica. Si fuera necesario continuar con dicho tratamiento por períodos superiores a los establecidos precedentemente, deberá solicitarse la autorización previa de La Mutual, adjuntando los elementos de juicio necesarios para su evaluación.

03.01 Tratamiento de un solo conducto.

03.02 Tratamiento de dos o más conductos.

Se reconoce un código por pieza cada tres años o treinta y seis meses, si lo factura el mismo profesional. Para el reconocimiento de éstos tratamientos deben adjuntarse las Rx pre y post operatorias, pudiendo facturarse también la conductimetría, cuyo valor se factura aparte. A fines de reconocer todo tratamiento de endodoncia debe visualizarse en la Rx post operatoria que el material radiopaco de obturación llegue al límite cemento dentario, a un mm. 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 reconocerá con Rx pre y post operatorias, que se facturan aparte, en pacientes de hasta quince años y no se reconocerá otra práctica endodóntica con su restauración coronaria hasta un año después de efectuada la misma, si es realizada por el mismo profesional.

03.06 Necropulpectomía parcial.

Se reconocerá con Rx pre y post operatorias, que se facturan aparte. Se reconocerá sólo en posteriores permanente. No se reconocerá otra práctica endodóntica con su restauración coronaria hasta tres años después de efectuada la misma, si lo realiza el mismo profesional.

CAPITULO V - PREVENCIÓN.

05.01 Tartrectomía y cepillado mecánico.

Se reconocerá cada doce meses únicamente a mayores de trece años. Incluye tartrectomía, detección y control de placa, topicación con flúor y enseñanza de higiene oral. Se reconocerá 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 trece años de edad, por tratamiento y en ambas arcadas. Incluye al código 0501.

05.05 Sellador de puntos y fisuras.

Se reconocerá una vez cada doce meses por pieza, en molares y premolares permanentes, en menores de trece años. No se reconocerá en caras libres ni sobre obturaciones. No se reconocerán obturaciones en la misma pieza en el período de garantía.

CAPITULO VII - ODONTOPEDIATRIA.

07.01 Consulta, fichado y motivación.

Incluye fichado y hasta tres consultas de motivación en pacientes de hasta trece años de edad. Se reconocerá una única vez por profesional.

07.02 Mantenedor de espacio fijo.

Incluye corona en pieza dentaria y ansa de alambre de apoyo. Se debe facturar con Rx pre y post operatorias, cuyo valor se factura aparte del valor de éste código.

07.03 Mantenedor de espacio removible.

Se acepta ante la falta de 2 o más dientes primarios antiguos o más de 2 dientes alternados en la misma arcada. Podrá renovarse semestralmente con autorización previa de la Obra Social.

07.04 Tratamiento de dientes primarios con formocresol.

Se reconocerá con radiografía pre y 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.

07.05 Corona metálica de acero y similares.

Se cubrirá en piezas temporarias con gran destrucción coronaria, cuando la pieza no se encuentre en el período de exfoliación normal. Incluye Rx pre y postoperatoria.

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. Por arcada.

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, por arcada (que debe ser indicada en la ficha dental). 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. Se reconoce con ficha periodontal completa, Rx preoperatoria de cada sector (que se factura aparte) y cada veinticuatro meses.

08.04 Tratamiento de periodontitis destructiva severa.

Bolsas de seis milímetros o más. Se aceptan seis sectores. Se reconoce con ficha periodontal completa, Rx preoperatoria de cada sector (que se factura aparte) y cada veinticuatro meses.

CAPITULO IX - RADIOLOGIA.

Norma General: Las Rx deben presentarse en sobre adecuado a su tamaño, con los datos del paciente y 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. No siendo de ésta manera, será causa suficiente para no reconocer la práctica o ser devuelta para su cumplimentación.

- 09.01.01/02 Radiografía periapical. Bitewing.**
Se acepta como máximo cuatro veces la misma. De cinco a siete películas se factura 090104. De ocho a nueve películas se factura 090104 más uno o dos 090101, según corresponda. De diez a catorce películas se facturará como 090105.
- 09.01.04 Media seriada de siete películas.**
- 09.01.05 Seriada completa de catorce películas.**
- 09.02.03.01 A.T.M. boca abierta.**
El odontólogo que la facture no necesita presentarla con la facturación, pues queda en su poder. Debe adjuntar la derivación o pedido e indicar el diagnóstico presuntivo e informe.
- 09.02.03.02 A.T.M. boca cerrada.**
El odontólogo que la facture no necesita presentarla con la facturación, ya que queda en su poder. Debe adjuntarse la derivación o pedido e indicar el diagnóstico presuntivo e informe.
- 09.02.04 Radiografía panorámica.**
El odontólogo que la facture no necesita presentarla con la facturación, ya que queda en su poder. Debe adjuntarse la derivación o pedido e indicar el diagnóstico presuntivo e informe.
- 09.02.05 Teleradiografía cefalométrica.**
El odontólogo que la facture no necesita presentarla con la facturación, ya que queda en su poder. Debe adjuntarse la derivación o pedido e indicar el diagnóstico presuntivo e informe.

CAPITULO X - CIRUGIA.

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

- 10.01 Extracción dentaria simple**
- 10.02 Plástica de comunicación buco sinusal.**
Se factura con Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado.
- 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 factura con Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado.
- 10.05 Reimplante dentario inmediato al traumatismo.**
Se factura con Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado.
- 10.06 Incisión y drenaje de abscesos por vía intrabucal.**

- 10.07 Biopsia por escisión.**
No incluye estudio anatomopatológico. Se reconocerá adjuntando historia clínica y resultado de laboratorio de análisis.
- 10.08 Alargamiento quirúrgico de la corona clínica.**
Se factura con Rx preoperatoria, que se factura por separado.
- 10.09.01 Extracción de piezas en retención mucosa.**
Se factura con Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado.
- 10.09.02 Extracción de piezas con retención ósea.**
Se factura con Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado.
- 10.10 Germectomía.**
Se factura con Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado.
- 10.11 Liberación de dientes retenidos.**
Se factura con Rx preoperatoria, que se factura por separado.
- 10.12 Apicectomía.**
Se factura con Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado.
- 10.14 Extracción de cuerpos extraños.**
Se factura con Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado.
- 10.15 Alveolectomía correctiva.**
Seis sectores. Se factura con Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado.