

Convenio CORA-O.S.P.P.R.A. (Obra Social Personal de Prensa)

Forma de atención: El beneficiario deberá presentar el carnet que lo habilite como tal y su documento de identidad. El profesional debe cumplimentar una ficha de la Federación y en ella indicar los trabajos a realizar, que deberán contar con la firma del paciente renglón por renglón. Se factura únicamente con la ficha debidamente cumplimentada.

Este convenio tiene un límite de tres (3) prestaciones mensuales por beneficiario, con la consulta se reconocerán dos prestaciones. El código de urgencia no está dentro de éste límite.

En éste convenio se factura el 100 % del valor del nomenclador. La C.O.R.A. liquidará el total menos un 5 % de gastos administrativos.

Normas de trabajo: Se adjuntan.

Aranceles: Se adjuntan.

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

Prestaciones que se reconocen:

0101 - 0102.
0201 - 0202 - 0208 - 0209.
0301 - 0302 - 0305.
0501 - 0502 - 0505 - 0506.
0701 - 0702 - 0703 - 0704 - 0705 - 070601 - 070602 - 070604.
0801 - 0802 - 0803 - 0804.
090100 - 090200 - 090300 - 090400 - 090600 - 090700.
100101 - 100102 - 100103 - 100104 - 100105 - 100106 - 100107
100108 - 100110 - 100113 - 100202 - 100204.

Convenio CORA-O.S.P.P.R.A.

Capítulo I: Consultas.

01.01 Consulta, diagnóstico, fichado y plan de tratamiento.

Comprende examen, diagnóstico, fichado, plan de tratamiento y confección de historia clínica. Para cobrar éste código es indispensable adjuntar ficha catastral completa con los datos del paciente (apellido y nombre, número de afiliado, fecha de nacimiento) y marcar los trabajos realizados y a realizar en rojo y azul respectivamente (no usar el mismo color para ambos, ni otro color que los señalados), de no haber tratamientos anteriores, es obligatorio señalarlo en observaciones. Esta práctica se reconocerá cada 12 meses.

01.02 Consulta de urgencia. Consulta estomatológica.

Consulta de Urgencia es 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. No podrá facturarse en caso de hemorragia, alveolitis, si la extracción la realizó el mismo profesional. Cuando se factura éste código no es necesario enviar la ficha catastral, ni confeccionar la historia clínica, sólo debe indicarse el motivo que dio origen a dicha prestación en el bono.

Consulta Estomatológica: Para su facturación se deberá enviar historia clínica.

Capítulo II: Obturaciones.

02.01 Obturación simple con amalgama o resina de autocurado.

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.

02.02 Obturación compuesta con amalgama o resina de autocurado.

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

02.08 Restauración simple con material estético.

Se reconocerá como obturación simple con material estético a aquellas que abarquen una sola cara del diente y en las que se haya practicado un adecuado tallado, en sectores anteriores y vestibular de primeros molares.

02.09 Restauración compuesta o compleja con material estético.

Se reconocerá como obturación compuesta o compleja o reconstrucción de ángulos con material estético a aquellas que abarquen dos o más caras del diente y en las que se haya practicado un adecuado tallado, en sectores anteriores y vestibular de primeros molares.

Normas generales Capítulo II

Las obturaciones contemplan todos los materiales de restauraciones científicamente reconocidos, como así también, las técnicas, instrumental y equipamiento que el profesional crea más conveniente en la reconstrucción de la pieza dentaria. Se reconocerá como máximo dos 0201 según corresponda por pieza dentaria o un 0202. 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.

Capítulo III: Endodoncia.

03.01 Tratamiento inflamatorio pulpar unirradicular.

03.02 Tratamiento inflamatorio pulpar multirradicular.

03.05 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 Capítulo III

Todo tratamiento debe acompañarse con Rx pre y post operatorias. En caso de reobturación de un conducto, debe efectuarse la aclaración que justifique dicha necesidad, la que se evaluará por la Auditoría. El valor de las Rx pre y post están incluidos, no así la conductimetría que se factura con el tratamiento realizado. Para su reconocimiento 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 (1 mm. aproximadamente del extremo anatómico del diente). De no cumplirse esta norma, la auditoría podrá solicitar al prestador los elementos de juicio que lo justifiquen. La obturación de 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) está contraindicada, quedando la Auditoría facultada a solicitar al prestador los fundamentos para su reconocimiento. No se podrá facturar una nueva endodoncia durante tres años, salvo autorización previa de la Auditoría.

Capítulo V: Odontología preventiva.

05.01 Tartrectomía y cepillado mecánico.

Comprende Tartrectomía y cepillado mecánico, enseñanza de técnica de cepillado, uso de elementos de higiene interdentarios, asesoramiento dietético y revelado de placa. Se podrá facturar cada 12 meses.

05.02 Topicación con flúor.

Comprende aplicación de flúor tópico, barniz y colutorio. Se reconocerá semestralmente hasta cumplir los 18 años de edad, por tratamiento y en ambas arcadas, cualquiera fuese la técnica que se utilice. Incluye código 05.01.

05.05 Selladores de surcos, fosas y fisuras.

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

05.06. Aplicación de cariostáticos en piezas dentarias.

Se reconocerá sólo en elementos temporarios y en pacientes de hasta 9 años de edad y dichos elementos no podrán recibir obturación por un lapso de 12 meses. Esta práctica se reconocerá por cuadrante y se podrá facturar una única vez.

Capítulo VII: Odontopediatría.

07.01 Motivación. Hasta tres consultas.

Se reconoce hasta los 13 años, incluye el fichado (01.01) y se acepta cada 12 meses.

07.02 Mantenedor de espacio fijo.

07.03 Mantenedor de espacio removible.

Se reconocerá cuando falten dos o más dientes primarios contiguos o más de dos dientes alternados en la misma arcada dental. Podrá renovarse semestralmente con previa autorización por la Obra Social.

07.04 Tratamiento en dientes temporarios con formocresol.

El formocresol en niños se reconocerá en dientes temporarios cuando la pieza tratada no se encuentre en período de exfoliación normal. Para su reconocimiento se debe presentar Rx post-operatoria, la cual debe ser facturada conjuntamente con la práctica.

07.05 Corona metálica de acero y similares para dientes primarios.

Se reconocerá hasta los 10 años. No se reconocerá obturación debajo de las coronas.

07.06.01 Reducción de luxación con inmovilización dentaria.

07.06.02 Reducción total (reimplante) e inmovilización dentaria.

07.06.04 Fractura amelodentinaria. Protección pulpar para coronas provisorias.

Capítulo VIII: Periodoncia.

08.01 Consulta periodontal. Diagnóstico y pronóstico.

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

08.02 Tratamiento de gingivitis (Por arcada).

Comprende todos los cuadros gingivales, de cualquier etiología. Incluye tartrectomía, raspaje, control de placa, enseñanza de cepillado y evaluación, eventual gingivoplastia. Se reconoce cada 12 meses y se considera un tratamiento por arco dentario.

08.03 Tratamiento de periodontitis destructiva leve.

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

08.04 Tratamiento de periodontitis destructiva severa.

Se reconoce con Rx pre-operatorias y ficha periodontal. Bolsas de hasta 6 mm., por sector (6 sectores). Incluye alisado radicular, eventual gingivectomía o colgajo, más eventual cirugía mucogingival e injerto. Se reconocerá cada 24 meses.

Capítulo IX: Radiología

09.01.00 Radiografía periapical.

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

09.02.00 Radiografía oclusal.

Se admiten como máximo dos por ficha.

09.03.00 Radiografía media seriada.

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

09.04.00 Radiografía seriada.

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

09.06.00 Pantomografía.

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

09.07.00 Telerradiografía cefalométrica.

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

Capítulo X: Cirugía bucal

Cirugía Grupo I

10.01.01 Alargamiento quirúrgico de la corona clínica.

10.01.02 Alveolectomía estabilizadora o correctiva.

10.01.03 Biopsia por punsión o aspiración.

10.01.04 Extracción de dientes o restos radiculares retenidos simples.

10.01.05 Extracción dentaria simple.

10.01.06 Incisión y drenaje de abscesos.

10.01.07 Liberación de dientes retenidos.

10.01.08 Plástica de comunicación buco-sinusal.

10.01.10 Reimplante dentario inmediato al traumatismo.

10.01.13 Tratamiento de herida de tejidos blandos simples.

Cirugía Grupo II

10.02.02 Apicectomía - Germectomía.

10.02.04 Extracción de dientes o restos radiculares retenidos complejos.

Estas prestaciones requieren autorización previa.

Normas generales Capítulo X

Para reconocer las prácticas de éste Capítulo la auditoría podrá solicitar la documentación que estime necesaria (Ficha, historia clínica, Rx, etc.) que justifiquen la realización de la práctica. La falta de presentación de dicha documentación, faculta a la Auditoría a no reconocer la práctica efectuada. La Auditoría establecerá de común acuerdo con el prestador las prácticas que para su realización requieran autorización previa. Para los códigos de Cirugía Grupo II es necesario presentar la Rx pre-operatoria, debiendo facturarse la misma. Los códigos de este Grupo se deben facturar como única práctica del mes en conjunto con su Rx pre-operatoria.