

NORMAS DE TRABAJO - CONVENIO OS.Pe.Pri.

- El prestador sólo podrá facturar prestaciones realizadas, validadas o autorizadas, convenidas y justificadas. Las prácticas no convenidas deberán ser autorizadas con presupuesto por excepción.
- La Obra Social no informará valores a los profesionales, quienes deberán consultarlos directamente en el Ente que los nuclea (Círculos, Federaciones, etc.).
- Las facturas deben estar acompañadas de la documentación respaldatoria de las prestaciones facturadas, de acuerdo a normas establecidas. Aquellas prestaciones que no han sido autorizadas o validadas, o no conste en la documentación el número de validación, serán devueltas al prestador y se consideran debitadas.
- El prestador debe emitir en una misma factura, el total de prestaciones ambulatorias para el período.
- Las prestaciones requieren validación previa por el Sistema MTCOS, cuya instalación es responsabilidad del Prestador. Si no lo tuviera debe contactar al sector de informática de O.S.Pe.Pri por correo electrónico a soporte@ospepri.org.ar.
- En caso de inconvenientes con el manejo del software MTCOS, el número directo de la mesa de ayuda es el 0299-4008510 (Interno 199.)
- Para facturar las prácticas autorizadas, el prestador debe adjuntar la autorización emitida por el Sistema MTCOS o en su defecto el código de validación, una ficha odontológica con odontograma completo, el informe de la práctica realizada, con la correspondiente conformidad del afiliado. La presentación del informe será exigible de acuerdo a la norma que a continuación se detalla en el presente anexo.
- La documentación respaldatoria debe respetar el orden del detalle de la factura.
- No se aceptan prácticas pasados dos periodos mensuales de facturación, ni tampoco refacturaciones posteriores a tres periodos mensuales de facturación, a contar desde la notificación de los débitos realizados por e-mail, los cuales deben ser retirados del Sector de Auditoría Odontológica. Cualquier duda o inconveniente en relación a estos últimos, deben contactarse al sector de Odontología.
- Las refacturaciones deben ser presentadas por la misma vía de facturación, en forma independiente, separadas de la facturación, junto con la documentación avalatoria correspondiente. Respecto a la entrega de la factura correspondiente al mes en curso, será una sola donde se suma la facturación debitada. El prestador debe diferenciar dos tipos de desgloses, el administrativo y el odontológico.
- Para demandar el servicio, los beneficiarios acreditarán su condición de tal mediante la presentación de la credencial identificatoria de O.S.Pe.Pri., junto con su DNI.
- La ficha deben tener los datos completos del paciente. En el odontograma deben marcarse las piezas de los códigos solicitados, fecha, códigos, piezas, caras y firma de conformidad del paciente, más firma y sello del profesional. La ficha odontológica no debe estar manchada, tachada o corregida.
- Para todas las prácticas ambulatorias nomencladas y no nomencladas, el prestador deberá adjuntar los informes correspondientes, la ausencia de ello será motivo de desglose. Las prácticas que requieren de informe son:

Prácticas	Detalle
Capítulo VI	Ortodoncia y Ortopedia con informe.
Capítulo VII	Ficha periodontal.
Prácticas Especiales	Todas deben ser facturadas con informe.

- En todos los casos, además de la indicación terapéutica o la solicitud de estudios, deberá incluirse nombre y apellido del paciente, su número de beneficiario, Obra Social, fecha, diagnóstico, firma y sello profesional.

Las prescripciones deben ser cumplidas sólo con validación del Sistema MTCOS previa, salvo en casos de urgencia o emergencia, en los cuales la validación será realizada una vez resuelta la situación.

Normas de Auditoria Odontológica

Las presentes normas están dirigidas a homogeneizar el criterio odontológico, para facilitar una relación Obra Social-Prestador, cordial, fluida, y en el más alto nivel de entendimiento. El progreso tecnológico y la investigación científica enriquecen constantemente el conocimiento odontológico acerca de enfermedades, su fisiopatología, sus métodos diagnósticos más apropiados y las diferentes alternativas terapéuticas. Por lo tanto, este conjunto de normas hoy vigentes, estarán sujetas a las modificaciones que el dinamismo del avance científico y el buen criterio odontológico le impongan.

Normas Generales:

- Para el reconocimiento de las prácticas contempladas en los siguientes capítulos la Obra Social OSPEPRI, podrá solicitar la documentación que considere necesaria y que justifique la realización de la práctica. La Obra Social establecerá de común acuerdo con el prestador las prácticas que para su realización requerirán autorización previa.
- Toda facturación correspondiente a pacientes ambulatorios, deberá incluir indefectiblemente en la ficha odontológica el diagnóstico que motivo la práctica. El código solicitado en la ficha de presentación debe coincidir con el validado on line.
- Se reconocen prácticas relacionadas al diagnóstico fisiopatológico, terapéutico y el reestablecimiento de la función, de acuerdo a normas universalmente reconocidas, y emergentes de la “Medicina basada en la Evidencia”. No se reconocerán aquellas con fines estéticos o de investigación clínica, salvo circunstancias excepcionales, y previamente autorizadas por Auditoria Odontológica.
- Se reconocerá hasta 1 consulta mensual por afiliado y hasta un total de 3 anuales por profesional. En caso de requerirse una mayor cantidad de consultas, las mismas deberán fundamentarse adjuntando un resumen de Historia Clínica que las justifique. El prestador deberá validar por el sistema MTCOS, cada consulta individualmente por profesional que la realizó. **Sólo se efectuarán 4 ítems por mes**, con excepción de aquellos que por sus características técnicas necesiten autorizarse en forma completa. Las radiografías se podrán facturar como una sola práctica.
- Además del requerimiento administrativo, la auditoria odontológica juzga imprescindible, que cada estudio o práctica realizada se acompañe en el momento de su facturación de documentación que considere respaldatoria para la realización de dichas prácticas (Rx, informes) si correspondiere. Deberá completar todos los datos que solicita la ficha odontológica en cuanto se refiere al paciente. Con respecto a los códigos solicitados, los mismos deben ser marcados en el odontograma, respetando el límite de prestación mensual. La ficha se acompañará de la firma de conformidad del paciente y del profesional junto con la acreditación de su sello. No se admitirán correcciones o anulaciones.

Códigos reconocidos:

01.01 - 01.03 - 01.04.

02.01 - 02.02 - 02.04 - 02.05 - 02.06 - 02.08 - 02.09 - 02.10 - 02.15 - 02.16.

03.01 - 03.02 - 03.05 - 03.06 - 03.06.01.

03.01 - 03.02 - 03.08 - 03.09 - 03.10 (*).

04.02.01.01 - 04.02.01.02 - 04.02.02.01 - 04.02.02.02 - 04.02.03.01 - 04.02.03.02 - 04.02.04.01

04.02.04.02 - 04.02.05.01 - 04.02.05.02 - 04.03.03.01 - 04.03.03.02 - 04.03.01 - 04.03.02

04.03.04 - 04.04.01 - 04.04.02 - 04.04.03 - 04.04.04 - 04.04.05 - 04.04.06 - 04.04.07 - 04.04.08

04.04.10 - 04.04.11. - 04.04.12.

05.01 - 05.02 - 05.04 - 05.05 - 05.05.01.

**06.01 - 06.02 - 06.03 - 06.04 - 06.05 - 06.01.01 - 06.01.02 - 06.02.01 - 06.02.02 - 06.03.01
06.03.02 - 06.04.01 - 06.04.02 - 06.05.01 - 06.05.02 (*)**.

07.01 - 07.02 - 07.03 - 07.04 - 07.05 - 07.06.01 - 07.06.02 - 07.06.04 - 07.06.05 - 07.06.06.

08.01 - 08.02 - 08.03 - 08.04 - 08.04.01 - 08.05 - 08.06.

09.01.01 - 09.01.02 - 09.01.03 - 09.01.04 - 09.01.05 - 09.02.01 - 09.02.02 - 09.02.03 - 09.02.04
09.02.05 - 09.02.06 - 09.02.06.01 - 09.02.06.02 - 09.02.06.03 - 09.02.06.04 - 09.02.06.05 -
09.02.06.06 - 09.02.06.07 - 09.03.01 - 09.03.02.

10.01 - 10.02 - 10.03 - 10.04 - 10.05 - 10.06 - 10.06.01 - 10.06.02 - 10.07 - 10.08 - 10.09 -
10.09.01 - 10.10 - 10.11 - 10.12 - 10.13 - 10.14 - 10.14.01 - 10.15 - 10.15.01 - 10.15.02.

**10.00.01 - 10.01.01 - 10.02 - 10.04 - 10.05 - 10.06 - 10.06.01 - 10.06.02 - 10.07 - 10.08 - 10.09
10.09.01 - 10.10 - 10.11 - 10.12 - 10.13 - 10.14 - 10.14.01 - 10.15 - 10.15.01 - 10.15.02
10.15.02.01 (*)**

30.01.01 - 30.01.02 - 30.01.03 - 30.01.04 - 30.01.05 (*).

01.14 - 01.01.14 - 01.03.14 - 01.04.03 - 01.04.04 - 01.04.14 - 01.14.02 (*).

02.01.14 - 02.02.14 - 02.04.14 - 02.05.14 - 02.06.14 - 02.08.14 - 02.09.14 - 02.10.14 (*).

03.01.14 - 03.02.14 - 03.05.14 - 03.06.14 (*).

05.01.14 - 05.02.14 - 05.04.14 - 05.05.14 - 05.05.01.14 (*).

06.01.01.14 - 06.01.02.14 - 06.02.01.14 - 06.02.02.14 (*).

07.01.14 - 07.04.14 - 07.06.01.14 - 07.06.02.14 - 07.06.04.14 - 07.06.05.14 - 07.06.06.14 (*).

08.01.14 - 08.02.14 - 08.05.14 (*).

09.01.01.14 - 09.01.02.14 - 09.01.03.14 (*).

**10.01.14 - 10.05.14 - 10.06.01.14 - 10.06.02.14 - 10.07.14 - 10.08.14 - 10.09.14 - 10.10.14 -
10.11.14 - 10.13.14 - 10.14.14 - 10.14.01.14 - 10.15.14 - 10.15.01.14 - 10.15.02.14 (*)**.

(*) ESPECIALISTAS UNICAMENTE.

CAPITULO I - CONSULTAS

01.01 Primera consulta, examen, fichado y plan de tratamiento.

Examen, diagnóstico, fichado y plan de tratamiento. Se reconocen hasta tres consultas al año por paciente. Se factura con una ficha odontológica con los datos del paciente, firma y sello del profesional y odontograma confeccionado manualmente. Se reconoce una cada 12 meses, por profesional y en un mismo paciente, debiendo actualizar el odontograma existente.

01.03 Visita a domicilio.

Se considera visita a domicilio a aquella que por una circunstancia de imposibilidad física, el paciente no pueda concurrir al consultorio. Dicha prestación deberá ser respaldada por una Historia Clínica escueta que la evidencie para su facturación.

01.04 Consulta de urgencia.

Se considera consulta de urgencia toda prestación odontológica no programada, y que no constituya paso intermedio de otra prestación (pericoronaritis, estomatitis, GUNA, hemorragia, etc.). Para su facturación debe indicarse el motivo de la consulta en todos los casos, indicando pieza y/o sector.

CAPITULO II - OPERATORIA DENTAL

Comprende el tratamiento de los tejidos duros del diente para resolver los daños provocados por la caries dental, tanto en superficies oclusales, fosas y fisuras, caras libres y proximales. Las obturaciones estéticas o fotocurados, se reconocerán solo en anteriores, en posteriores en caras vestibulares hasta el primer premolar superior o inferior de ambos lados de la arcada dentaria y NO en temporarios. El periodo de carencia de toda restauración es de dos años. Se podrán facturar hasta dos prácticas por pieza dentaria. En caso de recidiva, podrá facturarse nuevamente pasado el período de carencia. Durante ese lapso se reconocerá en la misma pieza la restauración de otras caras.

02.01 Obturación con amalgama. Cavidad simple.

Comprende obturaciones c/ amalgama en cavidades simples. Se reconocen hasta dos obturaciones por pieza. Deben indicarse pieza y caras involucradas y estar en el odontograma.

02.02 Obturación con amalgama. Cavidad compuesta y compleja.

Incluye las restauraciones compuestas y complejas obturadas con amalgama. Se autorizará hasta una obturación por pieza. Deben indicarse pieza y caras involucradas y estar plasmada en el odontograma. En caso de recidiva, podrá facturarse nuevamente pasados dos años. Durante este lapso se reconocerán en la misma pieza la restauración de otras caras. En cuanto a piezas que presentan puente adamantino, con auditoría previa se reconocerán los dos códigos.

02.04 Obturación con reconstrucción con tornillo y amalgama. Tornillo en conducto.

Involucra las obturaciones con amalgama acompañadas por reconstrucción con tornillo. Se autorizará con Rx previa y post para su facturación. Tiene carencia de dos años.

02.08 Restauración con material estético (Ionómeros). Autocurados.

Se autorizará en dientes temporarios anteriores, hasta dos obturaciones por pieza, en primeros y segundos molares temporarios como única obturación. Deben indicarse pieza y caras involucradas y estar plasmada en el odontograma. Tiene una carencia de dos años.

02.09 Reconstrucción de ángulo en piezas anteriores.

Incluye todo tipo de material utilizado. En caso de recidiva, podrá facturarse nuevamente pasados dos años. Durante este lapso se reconocerá en la misma pieza la restauración de otras caras. Deben indicarse pieza y caras involucradas y estar plasmada en el odontograma.

02.10 Obturación con luz halógena. Fotocurados.

Se autorizará sólo en dientes anteriores y en piezas posteriores hasta el primer premolar superior e inferior. No se autorizará en dientes temporarios. Se autorizarán hasta dos obturaciones por pieza. En caso de abrasiones en bordes incisales, quedará a criterio de la auditoría su autorización. Debe indicarse pieza y caras involucradas y estar plasmada en el odontograma.

02.15 Obturación con luz halógena. Fotocurados.

Se autorizará sólo en dientes temporarios, en piezas tanto anteriores como posteriores de ambos maxilares. Se autorizarán hasta dos obturaciones por pieza dentaria. En caso de abrasiones en bordes incisales, quedará a criterio de la auditoría su autorización. Deben indicarse pieza y caras involucradas y estar plasmada en el odontograma.

02.16 Obturación con luz halógena. Fotocurados.

Se autorizará sólo en piezas desde segundo premolar hasta molares superior e inferior. No se autorizará en dientes temporarios. Se autorizará hasta dos obturaciones por pieza dentaria. Deben indicarse pieza y caras involucradas y estar plasmada en el odontograma.

CAPITULO III - ENDODONCIA

Todo tratamiento de endodoncia debe acompañarse para su reconocimiento con las Rx pre y post operatorias. Se consideran multirradiculares las piezas en los que se permite visualizar a través de la Rx postoperatoria la presencia y tratamiento de dos o más conductos radiculares. A fines de reconocer un tratamiento de endodoncia, debe visualizarse en la Rx postoperatorio la correcta preparación de los conductos radiculares y que el material de obturación radiopaco llegue hasta el límite cemento dentario (a un milímetro aproximadamente del extremo anatómico del diente), con nitidez y contraste que resulta de una excelente condensación lateral. En caso de no cumplirse esta norma, la Obra Social 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 contraindicado; quedando la Obra Social facultada de solicitar al prestador el fundamento del mismo para su reconocimiento. Las Rx están incluidas en el valor del ítem de endodoncia.

Es condición del tratamiento endodóntico para su facturación, la evidencia en la Rx del aislamiento absoluto, salvo en restos radiculares y casos justificados valorizados por auditoría.

03.01 Tratamiento de conducto unirradicular.

Se requieren Rx pre y post operatorias, incluidas en el valor de éste código, para su facturación. Es condición del tratamiento endodóntico la evidencia en la Rx del aislamiento absoluto. Debe indicarse la pieza involucrada y estar plasmada en el odontograma.

03.02 Tratamiento de conductos multirradiculares.

Se requieren Rx pre y post operatorias, incluidas en el valor de éste código, para su facturación. Es condición del tratamiento endodóntico la evidencia en la Rx del aislamiento absoluto. Debe indicarse la pieza involucrada y estar plasmada en el odontograma.

03.05 Biopulpectomía parcial.

Se autorizará en dientes permanentes jóvenes posteriores. No se reconoce otro tratamiento de endodoncia pasados los 12 meses de su operatoria; con respecto a su correspondiente restauración coronaria deben transcurrir al menos seis meses después de efectuada la misma, si es realizada por el mismo prestador; de lo contrario deben transcurrir doce meses para ser restaurado por otro profesional. Debe indicarse la pieza involucrada y estar plasmada en el odontograma.

03.06 Necropulpectomía parcial.

Se reconocerá sólo en piezas posteriores. Debe indicarse la pieza involucrada y estar plasmada en el odontograma.

03.06.01 Desobturación de conducto para tratamiento o retratamiento.

Es necesaria la evidencia radiográfica pre y post operatoria, con previa autorización de la auditoría. Debe indicarse la pieza involucrada y estar plasmada en el odontograma.

CAPITULO IV - PROTESIS

La reposición de piezas dentarias con prótesis, completas o removibles, se autorizarán luego de haber efectuado la totalidad de las prácticas de odontología general que requiera el afiliado y cuando la cavidad bucal goce de buena salud en sus tejidos dentarios y para-dentarios. Se debe tener en cuenta la higiene bucal del paciente que condicionará también el tipo de rehabilitación protésica a indicar. La indicación de realizar una prótesis bucal deberá ser el producto del estudio, por parte del odontólogo tratante, no sólo de las piezas faltantes a reponer, sino de toda la rehabilitación de la cavidad bucal del afiliado; de ello resultará qué tipo de prótesis deberá indicarse. Estas prestaciones una vez realizadas, generarán una carencia por el término de tres años. Quedan fuera de esta normativa todas aquellas prácticas, que por sus características técnicas se las considere paso intermedio de tratamiento. La Obra Social reconocerá el 60%, estando el 40% restante a cargo del afiliado mediante el pago de un coseguro en la Delegación. El mismo recibirá un bono de pago de coseguro que el prestador presentará adjuntando el odontograma de pedido autorizado, más el comprobante (bono) de pago de coseguro para su facturación a OSPEPRI y previa autorización. Se autorizará teniendo en cuenta el número de piezas ausentes, estado de las piezas dentarias que actuarán como pilares y estado general de salud de la cavidad bucal. De lo contrario, se evaluará la posibilidad de realizar una rehabilitación con prótesis removible. No se autorizarán obturaciones debajo de coronas, quedando a criterio de la auditoría los casos que se aparten de dicha norma. La auditoría solicitará Rx de las piezas dentarias que estarán involucradas en la práctica solicitada, el odontograma completo y el paciente deberá concurrir a la auditoría en forma indefectible antes de iniciar cualquier tipo de preparación para la realización de una prótesis. Si la rehabilitación protésica, estuviera a criterio de la Auditoría, **incorrectamente** realizada se descontará el monto de dicha práctica de la facturación del odontólogo tratante. En casos de afiliados residentes en las localidades donde no se cuente con auditoría previa, se debe enviar la planilla odontológica a Neuquén, Delegación Central, por medio de delegaciones de Petroleros Privados para su autorización.

En ningún caso el profesional que acepte valores estipulados, deberá cobrar valores diferenciales, caso contrario se evaluará su baja, con notificación previa, en el listado de prestadores de prótesis.

El profesional tiene un tope de facturación de 4 prótesis mensuales, sea cual fuere su tipo. Serán autorizadas cuando no estén comprendidas dentro de las siguientes consideraciones:

- Paciente con una deficiente higiene bucal
- En piezas dentarias con movilidad y con escaso soporte óseo.
- En pacientes jóvenes con coronas clínicamente cortas y cámaras pulpares amplias, menores de 21 años, salvo que haya producido el cierre apical o gran deterioro de la pieza dentaria por caries o traumatismos.
- En pacientes con gran actividad de caries.
- En pacientes con gingivitis marginales graves y/o enfermedad periodontal avanzada.

El odontólogo deberá reunir los siguientes requisitos:

- Deberá presentar postgrado que sumen 1000 (mil) horas de cursos teóricos, prácticos con atención de pacientes y evaluación, en Instituciones reconocidas.
- Tener más de cinco (5) años de recibido.
- Los actuales prestadores que no cumplan con la carga horaria exigida, deberán acreditar por los menos 500 (quinientas) horas y en un plazo no mayor de tres (3) años a partir del mes de Julio del año 2014 comenzar a completar las horas restantes.

- Los prestadores deberán estar en el **LISTADO** autorizado de “Odontólogos Protesistas” de la Obra Social para poder acceder a la realización de las prótesis.
- Los profesionales interesados en realizar este tipo de prestaciones, que no cumplan con los requisitos referidos en este apartado, podrán presentar ante la Auditoría Odontológica de O.S.Pe.Pri. solicitud de incorporación para realizar prótesis junto con su legajo profesional, resumen del Curriculum Vitae y la documentación que consideren respaldatoria para evaluar su inclusión. Auditoría verificará el legajo junto con sus antecedentes profesionales y podrá determinar su inclusión.

CAPITULO V - ODONTOLOGIA PREVENTIVA

Los tratamientos que se realicen en este capítulo están solamente abocados a niños hasta trece años inclusive.

05.01 Tartrectomía y cepillado mecánico.

Incluye tartrectomía y cepillado mecánico. Se reconoce una vez por año.

05.02 Cepillado previo y aplicación de flúor. Consulta preventiva periódica. Terapias fluoradas.

Incluye tartrectomía y cepillado mecánico, detección y control de placa bacteriana en ambas arcadas. Se cubre hasta quince años inclusive y a embarazadas, una vez por año. En embarazadas se podrán autorizar dos códigos 01.01, mas dos códigos 08.02 y dos códigos 05.02 por año.

05.04 Enseñanza de técnica de higiene bucal. Módulo de prevención.

Incluye tinción de placa bacteriana, tartrectomía, cepillado mecánico y topicación con flúor. Enseñanza de técnicas de higiene bucal y control de dieta. En niños de tres a quince años inclusive y embarazadas. Se reconocerá una vez cada seis meses en ambas arcadas dentarias.

05.05 Selladores de fosas y fisuras.

Se reconocerá cada dos años. Sólo se autorizarán nuevamente los que se observen deteriorados y hasta los trece años inclusive. No se reconoce en caras libres de molares ni sobre obturaciones. No se reconoce en forma automática aunque se cumpla el período de carencia. Debe indicarse la pieza involucrada y estar en el odontograma. Se reconoce en permanentes y temporarios.

05.05.01 Selladores de fosas y fisuras por sector.

Se reconocerá hasta 4 zonas (tres piezas por zona) con las mismas especificaciones mencionadas en el ítem 05.05. En permanentes y temporarios.

CAPITULO VI - ORTODONCIA

Para la cobertura el afiliado debe estar activo y afiliado al Sindicato, Mutual y Obra Social con más de un año de antigüedad. **Se cubrirá por única vez**, no pudiendo el afiliado cambiar de profesional una vez comenzado el tratamiento, salvo cambio de lugar de residencia. En tal caso se evaluará el estadio de tratamiento y avance del mismo para evaluar su cobertura. La edad del beneficiario del tratamiento es hasta los 13 años inclusive. La Obra Social cubre el 60%. El 40 % restante debe ser abonado por el afiliado como coseguro en (03) etapas: Inicio, Intermedio y Final. El coseguro será abonado en la delegación O.S.Pe.Pri. quien emitirá un cupón o bono de coseguro con un número de autorización y acompañará a la orden de autorización pertinente con el código del grado de complejidad del mismo, evaluado por la Auditoría.

Requiere autorización previa.

Una vez solicitados los estudios radiográficos y cefalométricos y el protocolo fotográfico, previamente autorizados, el afiliado debe presentar en Delegación Central una carpeta con lo siguiente: Rx panorámica, Rx telerradiografía, estudios cefalométricos, protocolo fotográfico, protocolo O.S.Pe.Pri. para tratamiento de Ortodoncia (a completar por el Profesional), más historia clínica indicando:

Diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, objetivos de tratamiento, aparatología a usar, tiempo aproximado de tratamiento y código del caso de acuerdo al grado de complejidad.

Si el tratamiento comienza por una etapa ortopédica se comenzará con el pedido del tratamiento de Ortopedia teniendo en cuenta para su pedido la edad del paciente no debe de superar los 9 años.

Los tratamientos de Ortodoncia u Ortopedia realizados sobre la dentición definitiva serán considerados como correctivos únicos donde deben lograrse la totalidad de los objetivos establecidos.

- 1.- Nivelación y alineamiento de las piezas dentarias.
- 2.- Corrección de alteraciones verticales (sobre mordida o mordidas abiertas).
- 3.- Acople de guía incisiva. Oclusión mutuamente protegida.
- 4.- Llave canina y molar en clase I dentaria y esqueletal.
- 5.- Estabilización de tratamiento (incluyendo aparatología de contención al finalizar el tratamiento). La contención deberá realizarse tanto en el maxilar superior e inferior. No será contemplado el código 0806 para contención.

Podrá depender del profesional la elección de la técnica a utilizar, pero sea cual fuere la aparatología, deberán asegurarse los resultados obtenidos, caso contrario no se dará por finalizado dicho tratamiento.

Se autorizarán tratamientos sólo en bocas sanas libres de caries y enfermedad periodontal. Se deberá tener en cuenta la higiene bucal del paciente y ser informado en el protocolo de tratamiento.

No se autorizarán tratamientos en fase de culminación de erupción con líneas medias centradas y con ligeros tip y torque para un acople armónico.

Una vez realizada la verificación de tratamiento en auditoría ésta emitirá una orden autorizada más el cupón de pago de coseguro que estará adjunta al Protocolo (planilla emitida por O.S.Pe.Pri. a completar por el profesional), en la cual figurará el valor del tratamiento, a pagarse en tres etapas: Al inicio, con todos los estudios y protocolo; a Mitad del Tratamiento, con protocolo fotográfico e informe sobre avances del tratamiento; y al finalizar el tratamiento, con el informe de alta, más el protocolo fotográfico final.

La Obra Social abonará a los 30 días de autorizado el tratamiento la cuota inicial. Las cuotas intermedia y final de igual manera, aunque podrán tener una modificación del valor de inicio por incrementos, si los hubiere. Los profesionales habilitados a realizar este tipo de prestaciones podrán tener un máximo de 20 afiliados en tratamiento.

NOTA IMPORTANTE

En todo tratamiento que no haya sido controlado por el profesional en el lapso de dos meses, el mismo está obligado a informar el motivo de esa situación para eximirse de responsabilidades inherentes a desprendimientos y/o roturas de aparatología. En caso de diferencia de aparatología no convencional (bracket estéticos, autoligantes, etc.), los mismos no serán contemplados por O.S.Pe.Pri. y serán a cargo del afiliado sin recurso a reintegro por parte de O.S.Pe.Pri. Los desprendimientos de brackets serán a cargo del afiliado.

Requisitos para ser prestador en Ortodoncia

- Título de especialista en Ortodoncia.
- Matrícula de especialista.
- Equivalente en cursos de la especialidad con un mínimo de 2400 horas cátedra (teórico/prácticos) brindadas por Instituciones reconocidas y presentación de ocho casos clínicos concluidos, alta y nota correspondiente.
- Cinco (5) años de antigüedad en la especialidad.
- Los profesionales interesados en realizar éstas prestaciones, que no cumplan con los requisitos referidos en este apartado, podrán presentar ante la Auditoría Odontológica de O.S.Pe.Pri. solicitud de incorporación para realizarlas junto con su legajo profesional, resumen de Curriculum Vitae y la documentación que consideren respaldatoria para evaluar su inclusión. La Auditoría Odontológica de O.S.Pe.Pri. verificará el legajo junto con sus antecedentes profesionales y podrá determinar su inclusión.

CAPITULO VII - ODONTOPEDIATRIA

07.01 Motivación en menores de 13 años.

Incluye fichado y motivación en niños de hasta trece años inclusive. No se marcarán como ausentes las piezas no erupcionadas. A partir del año se factura el código 01.01 que incluye certificado bucodental. Se reconocerá por única vez cuando el beneficiario requiera la práctica con el mismo prestador.

07.02 Mantenedor de espacio fijo.

Incluye corona en pieza dentaria y ansa de alambre de apoyo. Se exigen Rx pre y post operatorias para su facturación. Debe indicarse pieza involucrada y estar plasmada en el odontograma.

07.03 Mantenedor de espacio removible.

Se autorizará cuando falten dos o más dientes primarios contiguos, o más de dos dientes alternados en la misma arcada. Deben indicarse piezas involucradas y estar en el odontograma.

07.04 Tratamiento en dientes primarios con formocresol.

Se autoriza con Rx pre y postoperatorias para su facturación; cuando el diente tratado no esté en el período de exfoliación normal. Debe indicarse pieza involucrada y estar en el odontograma.

07.05 Corona de acero o similar.

Se autorizará como única restauración en piezas dentarias temporarias con gran destrucción coronaria, con Rx pre y post operatorias para su facturación. Debe indicarse la pieza involucrada y estar plasmada en el odontograma. Periodo de carencia de 2 años.

07.06.01 Reducción de luxación con inmovilización dentaria.

No incluye tratamiento endodóntico. Se requiere documentación radiográfica respaldatoria. Indicar en el odontograma la ubicación de la pieza afectada y la extensión de la inmovilización.

07.06.02 Luxación total. Reimplante.

No incluye tratamiento endodóntico. Debe indicarse pieza tratada y estar en el odontograma.

07.06.04 Fractura amelodentinaria con protección pulpar.

Se requerirán Rx pre y post operatorias para su facturación. Debe indicarse pieza involucrada y estar plasmada en el odontograma.

07.06.05 IRM.

Se factura como única restauración válida por un año, luego de la que sólo se autorizará la restauración definitiva en piezas temporarias. Debe indicarse pieza involucrada y estar plasmada en el odontograma.

07.06.06 Cariostáticos.

Tiene validez de un año. No se autorizará en combinación con selladores o IRM. Se reconocerá hasta los trece años. Debe indicarse pieza involucrada y estar plasmada en el odontograma.

CAPITULO VIII - PERIODONCIA

Para autorizar, el prestador debe enviar Rx periapicales individuales o seriadas donde se visualicen todas las piezas dentarias afectadas de la cavidad bucal. No se autorizarán prestaciones de Periodoncia con pantomografías. Los diferentes sectores a tratar podrán incluirse en una misma ficha periodontal, que debe ser específica de Periodoncia.

- 08.01 Consulta de estudio, diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.**
Incluye la confección de odontograma, ficha y diagnóstico periodontal. Debe enviarse ficha periodontal para su facturación. Los tratamientos de enfermedad periodontal leve, moderada o severa deberán ser acompañados por las Rx correspondientes. Se reconoce una vez por año e incluye el código 01.01.
- 08.02 Tratamiento de gingivitis marginal crónica.**
Incluye tartrectomía, detección y control de placa bacteriana, topicación con flúor y enseñanza de técnicas de higiene oral. Se reconoce desde los trece años. Comprende todos los cuadros gingivales cualquiera sea su etiología. No se requiere ficha periodontal. Incluye los códigos: **05.01 - 05.04 - 08.01.**
- 08.03 Tratamiento de periodontitis destructiva leve o moderada con bolsa periodontal.**
Seis sectores. Se considera enfermedad periodontal leve o moderada cuando las bolsas periodontales no superen los 5mm. o con pérdida de la inserción no mayor a 5mm. Se aceptará cada doce meses en todos los sectores y si es necesario en un mismo mes. Incluye todas las técnicas mencionadas en el 08.02 junto con raspaje, curetaje y alisado radicular. La realización del tratamiento periodontal no condicionará la facturación de otras prácticas en el mismo mes de presentación (operatoria, endodoncia o cirugía).
- 08.04 Tratamiento de periodontitis destructiva severa con bolsa.**
Se considera enfermedad periodontal severa cuando las bolsas periodontales superen los 5 mm. o con pérdida de inserción mayor a 5 mm., con movilidad dentaria de cualquier grado. Se aceptará cada doce meses en todos los sectores y de ser necesario en un mismo mes de facturación. La realización del tratamiento periodontal no condicionará la facturación de otras prácticas en el mismo paciente y en el mismo mes de presentación (operatoria, endodoncia, cirugía). Esta prestación requerirá documentación respaldatoria y ficha periodontal para su facturación. Se facturará por sector, hasta seis sectores.

- Para ambos códigos (**08.03 - 08.04**), los sectores se deben indicar como:

Sector 1	Superior Derecho	Sector 4	Inferior Derecho
Sector 2	Superior Anterior	Sector 5	Inferior Anterior
Sector 3	Superior Izquierdo	Sector 6	Inferior Izquierdo
Sector 7	Sumatoria de piezas		

- 08.04.01 Sumatoria de piezas.**
Para pacientes parcialmente desdentados con discontinuidad en la ubicación de las piezas dentarias. Se factura un sector cada 5 piezas, independientemente de su ubicación y cuando se hayan facturado no más de cuatro sectores. Se reconoce a partir de los trece años, cada doce meses, con documentación radiográfica respaldatoria.
- 08.05 Desgaste selectivo. Armonización oclusal.**
Se facturará sólo en pacientes que no se encuentran en tratamiento de ortodoncia. El código incluye el tratamiento de ambas arcadas dentarias. Podrá ser facturado a partir de los trece años.
- 08.06 Placas oclusales temporarias de acrílico removibles.**
Incluye cubeta individual y controles posteriores. Se solicita historia clínica para su autorización. Debe confeccionarse en acrílico de termocurado o estampada, y el paciente debe concurrir a la auditoria para el control posterior. No se reconoce como protector bucal post traumatismos o para prácticas deportivas. No se autorizará como contención de tratamientos de ortodoncia u ortopedia. La Obra Social reconoce un código por paciente cada 12 meses.

CAPITULO IX - RADIOLOGIA

Toda Rx debe presentarse en un sobre transparente adecuado a su tamaño, con el nombre y apellido del paciente y del prestador. Debe ser legible y adjuntarse a la ficha odontológica, con la correspondiente angulación, definición, centrado, contraste, revelado y fijado a fines de su correcta interpretación. El valor de las Rx no está incluido dentro de ninguna de las prácticas, por lo que podrán facturarse como prestaciones independientes. La falta de alguno de estos requisitos será causa suficiente para no reconocer la práctica o ser desglosada.

09.01.01 Radiografía periapical.

Indicar pieza involucrada. Se autorizarán como máximo cuatro Rx con este ítem. De ocho a nueve Rx se factura 09.01.04 más uno o dos veces el código 09.01.01, según corresponda.

09.01.02 Radiografía bite-wing.

Indicar pieza involucrada.

09.01.03 Radiografía oclusal - De 6x8.

Indicar la arcada dentaria donde se realiza (SUP o INF).

09.01.04 Media seriada - Siete películas.

Este código incluye de cinco a siete Rx.

09.01.05 Seriada.

Se reconocerá cuando la integren de diez a catorce Rx. Observaciones: Ocho Rx se facturan como 09.01.04 más un 09.01.01; Nueve Rx se facturan como 09.01.04 más dos 09.01.01. En ambos casos debe consignarse el motivo de la práctica.

09.02.01 Radiografías extrabucales - Primera exposición.

Se factura hasta cinco Rx.

09.02.02 Radiografías extrabucales.

Se factura hasta cinco Rx.

09.02.03 Radiografía de ATM.

Para su facturación debe enviarse una escueta Historia Clínica.

09.02.04 Radiografía panorámica.

A solicitud del prestador se podrá solicitar Rx panorámica dental. Se debe observar zona retromaxilar, zona de ATM, rama ascendente del maxilar inferior, ángulo goníaco, maxilar superior y procesos dento-alveolares. Debe observarse zona dento-alveolar y ósea de ambos maxilares. Se autorizará con Historia Clínica. No se reconoce como Rx pre-operatoria en tratamientos periodontales, endodónticos, estudios pre operatorios para implantes ni para prácticas no nombradas. Quedará a criterio de la auditoría la autorización de ésta prestación en niños menores de seis años. Tiene una carencia de doce meses. El paciente debe firmar en el odontograma la conformidad de entrega de la Rx.

09.02.05 Teleradiografía cefalométrica.

Incluye las diferentes proyecciones del cráneo. Perfil: con o sin perfil blando. Frente: típica, fronto, naso y townes. Axial: base de cráneo. Semiaxial oblicua: derecha o izquierda. Senos paranasales: se debe visualizar senos maxilares, etmoidales y frontales. No incluye el o los trazados y cefalometrías. Solo se autorizará como diagnóstico para tratamientos de Ortodoncia / Ortopedia y ATM.

- 09.02.06 Sialografía.**
Incluye sustancia de contraste. Comprende el estudio con un mínimo de tres placas, por glándulas y por lado.
- 09.02.06.01 Primer trazado cefalométrico.**
- 09.02.06.02 Condilografía seriada.**
Incluye seis exposiciones laterales de los cóndilos (derecho e izquierdo) en posiciones a elección del prestador (oclusión-reposo-apertura máxima). Se autorizará a especialistas en ATM, Cirugía u Ortodoncia del listado de prestadores de la Obra Social.
- 09.02.06.03 Segundo trazado cefalométrico.**
- 09.02.06.04 Condilografía. Radiografía extrabucal.**
Incluye dos exposiciones laterales de los cóndilos (derecho e izquierdo) en posiciones a elección del prestador (oclusión-reposo-apertura máxima). Se autorizará a especialistas en ATM, Cirugía u Ortodoncia del listado de prestadores de la Obra Social. Para su autorización se requiere una escueta Historia Clínica del caso.
- 09.02.06.05 Escanograma de los maxilares.**
Incluye una exposición radiográfica por zona de ambos maxilares (zonas I, II, III, IV o V).
Zona I: Se debe visualizar la rama ascendente del maxilar inferior, ángulo goníaco, piezas dentarias 48 - 47 -18 y 17, tuberosidad del maxilar superior del lado Izquierdo.
Zona II: Se debe visualizar el cuerpo del maxilar inferior, agujero mentoniano, canal dentario inferior, procesos dento-alveolares del maxilar superior e inferior, piezas dentarias 16 - 15 - 14 - 46 - 45 y 44, zona del seno del maxilar superior.
Zona III: Se debe visualizar la sínfisis mentoniana, procesos dento alveolares del maxilar superior e inferior, piezas dentarias de canino a canino de ambos lados del maxilar superior e inferior, espina nasal anterior, fosas nasales y tabique nasal.
Zona IV: Se debe visualizar el cuerpo del maxilar inferior, agujero mentoniano, canal dentario inferior, procesos dento alveolares del maxilar superior e inferior, piezas dentarias 26 - 25 - 24 - 36 - 35 y 34, zona del seno del maxilar superior.
Zona V: Se debe visualizar la rama ascendente del maxilar inferior, ángulo goníaco, piezas dentarias 38 - 37 - 28 y 27, tuberosidad del maxilar superior del lado derecho.
Se autorizará a especialistas en ATM, Cirugía, Ortodoncia del listado de prestadores de la Obra Social. Para su autorización deberá incluir una escueta Historia Clínica del caso.
- 09.02.06.06 Radiografía Carpal.**
- 09.02.06.07 Fotografías Clínicas.**
Deben presentar nombre, apellido y edad del paciente; nombre y apellido del profesional actuante.
- 09.03.01 Tomografía de los maxilares.**
El prestador debe especificar en el odontograma de la ficha odontológica la zona donde requiera hacer los cortes tomográficos en sentido vestíbulo lingual. Incluye cuatro cortes con una distancia acorde al caso clínico, espaciados de dos a cuatro mm. entre sí. No incluye Rx panorámica para indicar los cortes tomográficos. No se reconoce como estudio preoperatorio para implantes. Este código requiere auditoria previa, el paciente debe presentarse con Historia Clínica escueta del caso.

09.03.02 Tomografía de ATM.

Se hará sobre el cóndilo de una articulación, derecha o izquierda, con una angulación determinada con respecto al plano sagital. Incluye Rx guía de distancia intercondílea con una visualización postero anterior de ambas articulaciones. Este código está sujeto a auditoría previa, el paciente debe presentarse con Historia Clínica escueta del caso.

CAPITULO X - CIRUGIA

Para las prácticas de éste capítulo O.S.Pe.Pri. podrá solicitar la documentación que considere necesaria (ficha dental; historia clínica, Rx) que justifiquen la realización de la práctica. La falta de presentación de la misma facultará a O.S.Pe.Pri. a no reconocer la práctica efectuada. La auditoría odontológica podrá verificar las prácticas citando a los pacientes y realizará funciones de asesoramiento e inspección.

10.01 Extracción dentaria.

Indicar la pieza extraída en el odontograma.

10.02 Plástica de comunicación buco-sinusal.

Se considera como un riesgo previsto simultáneo a la extracción. Deben adjuntarse Rx pre y post operatorias para su facturación.

10.03 Biopsia por punción, aspiración o escisión por vía intrabucal.

Debe conservarse la historia clínica del paciente. Esta documentación podrá ser requerida por la Asesoría Odontológica de O.S.Pe.Pri.

10.04 Alveolectomía correctiva o estabilizadora y regularizadora por sector (seis sectores).

No podrá facturarse hasta pasados seis meses de realizadas las extracciones.

10.05 Reimplante inmediato al traumatismo.

Indicar la pieza en el odontograma.

10.06 Incisión y drenaje de abscesos por vía bucal.

Indicar la pieza en el odontograma.

10.06.01 Tratamiento de hemorragia o alveolitis post exodoncia.

10.06.02 Sutura de tejidos.

10.07 Biopsia de incisión por vía intrabucal.

Debe conservarse la historia clínica del paciente. Esta documentación podrá ser requerida por la Asesoría Odontológica de O.S.Pe.Pri.

10.08 Alargamiento quirúrgico de la corona.

Indicar la pieza en el odontograma.

10.09 Extracción de piezas retenidas o restos radiculares retenidos.

Deben adjuntarse las Rx pre y post operatorias para su facturación.

10.09.01 Extracción de dientes retenidos óseos.

Se reconoce con retención ósea y mucosa. Deben adjuntarse las Rx pre y post operatorias para su facturación.

10.10 Germectomía.

Deben adjuntarse las Rx pre y post operatorias para su facturación.

- 10.11 Liberación de piezas en retención mucosa.**
Deben adjuntarse las Rx pre y post operatorias para su facturación.
- 10.12 Apicectomía.**
Deben adjuntarse las Rx pre y post operatorias para su facturación.
- 10.13 Tratamiento de osteomielitis.**
Debe indicarse en el odontograma la pieza o la zona afectada.
- 10.14 Extracción de cuerpo extraño.**
Deben adjuntarse las Rx pre y post operatorias para su facturación.
- 10.14.01 Odontosección.**
Las radiografías pre y post-operatorias deberán enviarse para su facturación.
- 10.15 Alveolectomía correctiva o estabilizadora y regularizadora por sector (seis sectores).**
No podrá facturarse hasta pasados 6 meses de realizadas las extracciones.
- 10.15.01 Quistectomía.**
Deberá presentar radiografía para su evidencia con escueta Historia Clínica. Indicar en el odontograma la pieza causante.
- 10.15.02 Frenectomía.**
Para su facturación realizar una escueta Historia Clínica

CIRUGIA PARA ESPECIALISTAS

Todas las prácticas que se detallan en éste Anexo requieren de autorización previa de O.S.Pe.Pri. El paciente deberá concurrir para su autorización con:

- Historia clínica, que debe incluir datos del afiliado (nombre y apellido y DNI).
- Código de prestación (que debe ajustarse a nomenclador pactado).
- Radiografía pre-quirúrgica (se acepta panorámica).
- Para su facturación radiografía post-quirúrgica.
- Requisitos profesionales:
 - Título profesional especialista
 - Matrícula Profesional especialista

Listado de códigos de débitos:

- 2 Diferencia de Arancel.
- 3 No corresponde facturar.
- 4 Falta conformidad de beneficiario.
- 5 Falta firma y sello del profesional.
- 6 Código no autorizado.
- 7 Falta adjuntar informe.
- 13 Faltan datos del beneficiario.
- 15 No corresponde fecha de pedido con informe.
- 16 Falta fecha y de atención.
- 17 Falta sello del profesional.
- 19 No corresponde pedido con beneficiario.
- 22 Falta Diagnostico.
- 23 Adjuntar informe solicitado por médico auditor.

- 29 Falta firma del profesional.
- 35 Falta firma y sello del profesional en informe.
- 39 Fuera de término.
- 48 Datos insuficientes no se puede encontrar beneficiario.
- 53 No se recibió documentación.
- 56 No coinciden datos de informe (fecha y nombre) con prestación y orden valorizada.
- 70 Dado de baja.
- 73 Requiere previamente autorización de la Mutual.
- 78 Se abona según presupuesto autorizado.
- 93 Informe radiológico ilegible.
- 94 Letra ilegible.
- 107 Falta de documentación.
- 115 Informe facturado dos veces según resumen.
- 116 Según normas de OSPEPRI corresponde 4 prácticas por mes.
- 122 Según auditoria con afiliado, prestación no recibida.
- 132 Códigos superpuestos.
- 133 Falta radiografía Pre y Post.
- 134 No corresponde código en pieza.
- 135 Radiografía con periápice incompleto.
- 136 Tratamiento de conducto sin condensación lateral.
- 137 Radiografía sin contraste.
- 138 Radiografía sin contraste y tratamiento de conducto corto.
- 139 Tratamiento de conducto sobreobturado.
- 141 Facturado dos veces en resumen final.
- 152 Sin informe de práctica realizada.
- 159 Cuota ya acreditada y finalizada.
- 160 Odontograma incompleto, completar y refacturar.
- 167 No corresponde por diagnostico
- 168 No corresponde odontograma con práctica facturada.
- 169 Falta la firma conforme del afiliado.
- 170 No corresponde según cirugía.
- 171 Requiere autorización previa.
- 173 No figura código en odontograma.
- 180 Tratamiento de conducto corto.
- 182 Falta radiografía post.
- 183 Excede tope mensual.
- 184 Según norma corresponde hasta los 13 años inclusive.
- 186 No corresponde al mes facturado.
- 187 Falta radiografía pre.
- 189 Profesional no figura en cartilla.
- 190 No indica cara en odontograma.
- 191 Retratamiento de conducto sin cambios.
- 192 No corresponde 08.02 por sectores.
- 199 Abonado en facturación anterior.
- 202 Profesional Especializado no figura en cartilla.
- 203 Falta ficha periodontal.
- 204 Apicectomía sin cambios.
- 205 Material no adaptado en cámara pulpar 07.04.
- 206 No contemplado en PMO radiografía para implantes.
- 207 No presenta en refacturación odontograma debitado con radiografía si fuera necesaria.