

Convenio Prevención Salud Normas de Trabajo

1- CONTACTOS

- ❖ **Atención a Prestadores:** 0810-555-1055 prestadores@prevencionsalud.com.ar
- ❖ **Línea Directa:** 03493 – 428700 - **Fax (24hs):** 0800-444-8500
- ❖ **Emergencias y Urgencias 24 hs:** 0800-444-0000
- ❖ **Autorizaciones:** autorizaciones@prevencionsalud.com.ar

2- PRESTACIONES

1. Este convenio tiene un límite de cuatro (4) prestaciones mensuales por beneficiario.
2. El primer mes se puede facturar la consulta (01.01) más cuatro (4) prácticas.
3. Las Rx comprobatorias (por ejemplo de conductos o de cirugías) no se cuentan como prácticas.

3- ACREDITACIÓN DE LOS AFILIADOS

El paciente debe acreditar su condición de afiliado con su D.N.I. y la credencial de afiliación que le provee Prevención Salud. Es responsabilidad del Prestador validar la vigencia de la afiliación y el plan. Sólo podrá prestar sus servicios a aquellos afiliados a quienes les corresponda alguna de las cartillas que usted integra, según el acuerdo vigente con Prevención Salud al momento de realizar la prestación.

▪ **Forma de validación de pacientes:**

- Ingresar en la página <https://autogestionprevencionsalud.gruposancorseguros.com/providers>
- **INGRESAR.**
- Ingresar usuario (form_belen@speedy.com.ar) y contraseña (123456).
- **Iniciar Sesión.**
- **Validaciones.**
- Completar datos del paciente. **BUSCAR.**
- Video demostrativo: https://www.youtube.com/watch?time_continue=9&v=NbbWCUHUrVE

A continuación se detallan los modelos de credenciales de acceso a los servicios que recibirán los afiliados a Prevención Salud al momento de su afiliación:

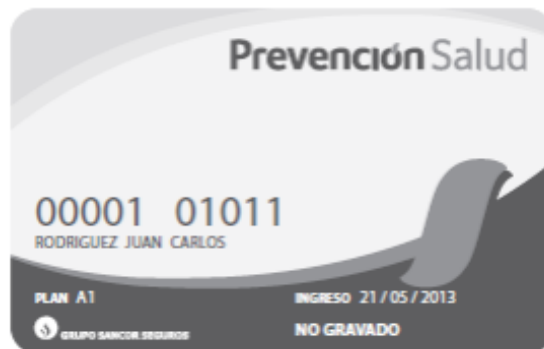
• **Credenciales Vigentes:**





- **Credenciales Provisorias:**

Las credenciales provisorias se emitirán desde las Oficinas de Prevención Salud o bien cada afiliado podrá imprimirla ingresando al sitio de autogestión de la página web www.prevencionsalud.com.ar
Dichas credenciales contendrán los datos del afiliado y el plan contratado.



- **Afiliadas con acceso al Plan Materno Infantil (PMI)**

Las afiliadas a Prevención Salud cursando embarazo, tendrán acceso al Plan Materno Infantil (PMI).



- **Afiliados con acceso al Plan Materno Infantil (PMI)**

El recién nacido posee 100% de cobertura el primer año de vida, con la credencial correspondiente a su plan.

- **Afiliados al Plan Básico:**



4- COPAGOS

El prestador debe cobrar los copagos de las prácticas y la diferencia de cobertura de cada plan s/ ANEXO II. En el plan A con copago, el mismo lo factura Prevención Salud al afiliado. Los afiliados con algún tipo de discapacidad o enfermedades oncológicas, y los beneficiarios del plan materno infantil no abonarán copagos.

5- AUTORIZACIONES

Las autorizaciones podrán ser gestionadas por:

- Socios: en las Oficinas de PREVENCIÓN SALUD o a través del sitio de Autogestión de afiliados.
- Prestadores: por algunos de los canales habilitados.

Se solicitarán los siguientes datos, los cuales deberán constar en la orden de trabajo:

- Datos personales y Nro. de afiliado; Detalle de prestaciones a realizar; Profesional que indica la práctica; Diagnóstico presuntivo; Fecha de emisión de la orden; Elementos comprobatorios requeridos para cada código: modelos, Rx. pre y/o post, etc.

El prestador debe:

- En caso de prestaciones que **no requieran autorización previa**, validar la vigencia de la afiliación vía Internet, a través de POS, o consulta al **0810-555-1055** (Lunes a Viernes de 8 a 20 hs). Para aquellos prestadores que no cuenten con un sistema de validación, deberán utilizar los Cupones de Atención Médica suministrados por PREVENCIÓN SALUD.
- En caso que las prestaciones **requieran autorización previa**, gestionar la autorización vía Internet, por fax al 0800-444-8500, por mail a autorizaciones@prevencionsalud.com.ar, consulta telefónica al **0810-555-1055** (Atención Prestadores) o en las oficinas de PREVENCIÓN SALUD.

Una vez recibida la prestación, el beneficiario deberá firmar de conformidad. El prestador corroborará la coincidencia entre la firma responsable en la banda de seguridad de la credencial de PREVENCIÓN SALUD y la efectuada por el beneficiario.

Vigencia de las autorizaciones: las autorizaciones tienen validez por 30 días a partir de la fecha de emisión de la misma, salvo expresa indicación en contrario.

6- CONECTIVIDAD

El prestador debe validar la vigencia de afiliación con la aplicación provista por PREVENCIÓN SALUD. En caso de contingencia técnica se utilizarán Cupones de Atención Médica. La única autorización válida para las prestaciones es la que se emite por cualquiera de los canales de validación habilitados.

Canales de Validación

➤ **Canal Internet**

La prestación se valida con validadores que PREVENCIÓN SALUD habilite para ese fin, otorgando nombre de usuario y clave al prestador. Así, se obtendrá la autorización con sólo completar algunos datos. Este canal tiene la opción de imprimir la autorización o de tomar el número y registrarlo en un Rp/prescripción médica, tanto en las consultas como de las prácticas, debiendo ser firmado por el afiliado.

➤ **Integración de Aplicaciones**

Para prestadores que cuenten con su propio sistema, se provee este medio alternativo como capa que intermedia su sistema con el sistema de validación. La conexión será a través de Internet.

➤ **POS**

Mediante dispositivo provisto por PREVENCIÓN SALUD en sus instalaciones, para validación de prácticas que no requieran una evaluación de Auditoría Médica de PREVENCIÓN SALUD.

➤ **0-810-555-1055 Atención a Prestadores**

Canal de comunicación exclusiva para Prestadores de Lunes a Viernes de 8 a 20 hs.

➤ **Cupón de Atención Médica**

Se utilizarán en aquellos casos en los cuales el Prestador no disponga de un sistema de validación On-line.

7- FACTURACIÓN, DÉBITOS, REFACTURACIÓN, MODALIDAD DE PAGO, RECIBOS

• **Requisitos de Facturación según la condición de los afiliados ante IVA (Para el profesional)**

Si el prestador es Responsable Inscripto debe confeccionar dos facturas, una discriminando el total de prestaciones realizadas a afiliados Gravados y otra por el total realizado a No Gravados.

Deberá facturar de la siguiente manera:

- ✓ Factura “A” con el 10,5% sobre los valores netos para las Prestaciones realizadas a los afiliados Gravados. *Aclaración:* los medicamentos se encuentran exentos.
- ✓ Factura “A” pero sin discriminar el IVA para las prestaciones de los afiliados No Gravados.

Esta diferenciación se encuentra indicada en la credencial como “**GRAVADO**” o “**NO GRAVADO**”

Notas:

- ❖ En el caso que Prevención Salud reciba una Factura con tachaduras, enmiendas sin validar y/o ilegible, se procederá a devolver la misma con la documentación adjunta.
- ❖ El prestador debe presentar factura que cumpla con las condiciones que establece la AFIP.

• **Documentación respaldatoria de las prestaciones realizadas (Para el profesional)**

La misma deberá cumplir con las normas generales y particulares que a continuación se detallan:

- ✓ Primera consulta: relevamiento del paciente en ficha catastral (odontograma). Demás prestaciones: con orden de trabajo.
- ✓ Autorización de Prevención Salud para las prácticas que lo requieren con el correspondiente consentimiento del beneficiario.
- ✓ Odontograma completo, modelos, Rx. pre y/o post comprobatorias, etc., de acuerdo a los requerimientos mencionados para cada código en las Normas Operativas de Odontología (ANEXO IV).

Notas:

- ❖ La fecha de realización no debe superar los 30 días de la fecha de la orden de trabajo.

1. Normas Generales (Para el profesional)

1. Las facturas deberán estar acompañadas con la documentación detallada en los puntos anteriores.
2. Para facturar las prácticas realizadas, se debe adjuntar el odontograma debidamente completado y su documentación respaldatoria (modelos, Rx. respaldatorias, etc.).
3. Auditoría de facturación adopta para el control de prestaciones las Normas Operativas de Odontología.
4. Teniendo en cuenta que la Historia Clínica (odontograma) es lo que refleja fehacientemente lo realizado, lo facturado deberá constar expresamente en la misma.

5. Toda prestación no justificada, al momento de su facturación, será objetada.
6. Lo corregido y no salvado en forma personal y directa por quien lo hubiera hecho será motivo de débito.
7. Las prestaciones realizadas deben estar fechadas y con firma de conformidad del afiliado por cada una.
8. La facturación de estudios diagnósticos y/o prácticas especializadas deberán estar acompañadas con los informes correspondientes.
9. Se reconocerán aquellas prestaciones que Prevención Salud haya pactado y contratado de acuerdo a los diferentes Planes de Salud.
10. No perforar ni obstruir la lectura de los códigos de barra y los datos de los afiliados en las órdenes, cupones y/o formularios.

2. Normas Específicas (Para el profesional)

- a) Los Cupones de Atención y prácticas deben ser debidamente codificados y conformados (sello y firma del profesional, orden de trabajo si corresponde, firma y número de documento del afiliado, fecha de prestación y diagnóstico presuntivo legible).
- b) La fecha de realización de la prestación si se encuentra corregida, deberá estar salvada con la firma y sello del profesional actuante.
- c) Toda práctica que requiera de Autorización Previa, deberá contar con la misma.
- d) Toda prestación presentada fuera de término (60 días de realizada la misma) será motivo de débito.
- e) La historia clínica (odontograma) deberá ser presentada y cumplimentada en forma completa.

NORMAS OPERATIVAS DE ODONTOLOGÍA

➤ **CAPITULO I - CONSULTAS**

01.01. EXAMEN, DIAGNOSTICO, FICHADO Y PLAN DE TRATAMIENTO.

Se requiere odontograma completo que refleje el estado bucal. Se reconoce una vez al año al mismo profesional. No se reconoce a especialistas que hagan una práctica derivada, salvo cuando no sea posible realizarla. Cuando el paciente no tenga prácticas previas, se deberá indicar en la ficha. En dentición mixta debe completarse el odontograma indicando las piezas exfoliadas y las erupcionadas.

01.04. CONSULTA DE URGENCIA.

Toda práctica odontológica que no constituya paso intermedio y/o final de tratamiento. No se requiere odontograma. Debe indicarse el motivo que originó la consulta, ejemplo estomatitis, pericoronaritis, cementado de coronas y puentes, punción y drenaje de abscesos, hemorragias y alveolitis realizadas por otro profesional. Podrá ser facturado cada cuatro meses si fuera necesario y como única práctica.

01.05. CONSULTA PREVENTIVA EN EMBARAZADAS.

Se reconoce en afiliadas que presenten constancia médica y sólo 1 (un) código por embarazo. Incluye: detección y remoción de placa bacteriana, topicación con flúor y enseñanza de técnicas de higiene.

➤ **CAPITULO II - OPERATORIA DENTAL**

NORMAS GENERALES: Las restauraciones deben tener una vigencia de dos años, lapso en el cual no se abonará otra restauración si es efectuada por el mismo profesional. Las obturaciones contemplan todos los materiales de restauración científicamente conocidos, así como las técnicas, instrumental y equipamiento que el profesional crea más conveniente en la reconstrucción de la pieza dentaria. Sea cual fuera la ubicación de la caries en la misma pieza solo podrá facturarse como máximo dos 02.01 o un 02.01 y un 02.02 o un 02.09.

02.01. RESTAURACION CONVENCIONAL DE PIEZA DENTARIA.

Comprenderá todos los tratamientos de los tejidos duros del diente para resolver los daños provocados por la caries dental que involucre una sola cara de la pieza dental (indicar cara). Cuando se obturen las distintas fosas de la cara oclusal se la considerará una obturación simple.

02.02. RESTAURACION COMPUESTA DE PIEZA DENTARIA.

Tratamientos de tejidos duros del diente provocados por caries dental que abarque caras proximales y que se haga abordaje por otra cara. Ej.: OM - MOD - OD. De presentar una caries en la fisura o fosa de las caras vestibular, lingual o palatina o gingival se reconoce además un 0201, en forma conjunta o cuando esa patología se presente. En anteriores se reconoce un 0202 cuando la caries abarque dos caras, por ej.: MP. De ser necesario una obturación compuesta; ej.: DP en la misma pieza, se reconoce un 0201, pero no se podrán facturar dos 0202 en la misma pieza. Ej.: 0202 en 11 MP ó MIP / 0201 en 11 DP - V - D - G. En reconstrucción de ángulo se reconoce un 0202. Ej.: 0202 en 11 MIP o DIP

02.09. RESTAURACIÓN COMPLEJA DE PIEZA DENTARIA.

Restauraciones complejas donde deban realizarse reconstrucciones de dos ángulos (mesial y distal), carillas o cúspides en cualquier pieza. Comprende la utilización de coronas preformadas, tornillos u otro elemento que el profesional considere. La pieza no podrá recibir otra obturación en 24 meses.

➤ **CAPITULO III - ENDODONCIA**

NORMAS GENERALES: Requiere Rx pre y post operatorias, cuyo valor está incluido en éste capítulo. Debe visualizarse en la Rx post la correcta preparación del o los conductos radiculares y que el material de obturación radiopaco llegue al límite cemento dentinario (a 1 mm aprox. del extremo anatómico del diente). De no cumplir esa norma podrá solicitarse al prestador los elementos de juicio que lo justifiquen. Toda obturación del conducto radicular que sobrepase el límite cemento dentinario o llegue a ocupar la zona periapical a distancia del tratamiento (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. En caso de re obturación del o los conductos la misma podrá efectuarse con la aclaración del profesional que justifique dicha necesidad. Vigencia de 3 años, por lo que durante este lapso el profesional no podrá facturar otro código de endodoncia o exodoncia en esa pieza dentaria.

03.01. TRATAMIENTO ENDODONTICO EN UNIRRADICULARES (INCLUYE RX PRE Y POST)

03.02. TRATAMIENTO ENDODÓNTICO EN BIRRADICULARES (INCLUYE RX PRE Y POST)

03.03. TRATAMIENTO ENDODÓNTICO DE TRES CONDUCTOS (INCLUYE RX PRE Y POST)

03.04. TRATAMIENTO ENDODÓNTICO DE CUATRO CONDUCTOS (INCLUYE RX PRE Y POST)

03.05. BIOPULPECTOMIA PARCIAL (INCLUYE RX PRE Y POST).

Se deberá observar la correcta obturación con material radiopaco hasta la entrada de los conductos radiculares. Cuando se realice esta práctica no se reconocerá otro tratamiento de endodoncia hasta un año después de efectuada la misma, si es realizado por el mismo profesional.

03.06. NECROPULPECTOMIA PARCIAL O MOMIFICACIÓN (INCLUYE RX PRE Y POST).

Se reconoce sólo en posteriores y cuando el prestador justifique el motivo por el que no se puede realizar el tratamiento endodóntico convencional. Cuando se realice esta práctica no se reconocerá otro tratamiento de endodoncia hasta un año después de efectuada la misma, si lo hace el mismo prestador.

03.07. PROTECCIÓN PULPAR INDIRECTA.

Se reconoce una protección indirecta en premolares y molares. Dada la necesidad del factor tiempo para el resultado final, no podrá facturarse ningún otro código del presente capítulo hasta seis meses posteriores a la protección, a excepción de las Rx de control, no más de 1 en este lapso. El profesional actuante deberá reponer las veces necesarias el material de protección colocado durante esos meses.

➤ **CAPITULO IV - PROTESIS (REQUIERE AUTORIZACION PREVIA)**

NORMAS GENERALES: El pedido de autorización se deberá confeccionar en un recetario con membrete del profesional con firma, sello y fecha. En el mismo deberán constar:

- I. Datos del afiliado: nombre y apellido, edad, n° de afiliado, plan.
- II. Detalle de códigos de prótesis solicitados

El estado de salud bucal del paciente deberá ser aceptable, no presentando caries ni focos infecciosos.

Se reconocerá en piezas permanentes. En caso de estar en período de vigencia de otros capítulos será evaluado por Auditoría para su autorización.

04.01. PROTESIS FIJA.

Se autorizará con Rx pre operatoria y se deberá enviar Rx post operatoria junto con la facturación.

04.01.01. INCRUSTACIONES CAVIDAD SIMPLE.

Sólo se reconocerán incrustaciones metálicas. Deberá tener una correcta adaptación marginal.

04.01.02. INCRUSTACIONES CAVIDAD COMPUESTA O COMPLEJA.

Idem norma de código 04.01.01. Deberá aclarar las caras a reponer de la pieza dentaria.

04.01.03. CORONA FORJADA.

No se aceptará provisorio en este tipo de coronas.

04.01.04. CORONA COLADA

04.01.05. CORONA COLADA CON FRENTE ESTETICO

04.01.06. CORONA ESPIGA

04.01.07. CORONA COLADA REVESTIDA DE ACRILICO

04.01.08. PERNO MUÑON SIMPLE.

Solo se reconocerán pernos colados que ocupen los dos tercios del largo de la raíz. Para su autorización deberá observarse el correcto tratamiento endodóntico.

04.01.09. PERNO MUÑON SECCIONADO.

Idem norma código 04.01.08.

04.01.10. TRAMO DE PUENTE COLADO.

No podrán reemplazarse más de dos piezas faltantes. En casos que deban reponerse más de dos piezas se contemplará la posibilidad de su autorización, siempre que esté justificada clínica y radiográficamente. Se podrán solicitar modelos de estudio. Los puentes a extensión (“en bandera”) sólo serán aceptados si estuvieran clínicamente justificados. Incluye pieza metálica y acrílica.

04.01.11. CORONA DE ACRILICO.

Sólo con Rx pre operatoria.

04.01.12. CORONA PROVISORIA DE ACRILICO. Por Unidad.

04.01.13. CORONA DE PORCELANA SOBRE METAL.

04.01.14. TRAMO DE PUENTE DE PORCELANA SOBRE METAL.

04.02. PROTESIS REMOVIBLE.

En el pedido de autorización deberá detallar las piezas dentarias a reemplazar.

04.02.01. PROTESIS PARCIAL DE ACRILICO HASTA CUATRO DIENTES.

04.02.02. PROTESIS PARCIAL DE ACRILICO DE CINCO O MAS DIENTES.

04.02.03. PRÓTESIS PARCIAL DE CROMO COBALTO HASTA CUATRO DIENTES.

04.02.04. PROTESIS PARCIAL DE CROMO COBALTO DE 5 O MAS DIENTES.

04.03. PROTESIS COMPLETA.

Incluirá las consultas posteriores a su instalación para efectuar los retoques necesarios.

04.03.01. PROTESIS COMPLETA SUPERIOR.

04.03.02. PROTESIS COMPLETA INFERIOR.

04.04. VARIOS.

Para los códigos de compostura será necesario aclarar el tipo y sector de la reparación.

04.04.01. COMPOSTURA SIMPLE.

04.04.02. COMPOSTURA CON AGREGADO DE 1 DIENTE.

04.04.03. COMPOSTURA CON AGREGADO DE 1 RETENEDOR.

04.04.04. COMPOSTURA CON AGREGADO DE 1 DIENTE Y 1 RETENEDOR.

04.04.05. DIENTES SUBSIGUIENTES. CADA UNO.

04.04.06. RETENEDOR SUBSIGUIENTE. CADA UNO.

04.04.07. SOLDADO DE RETENCION EN APARATO DE CROMO COBALTO CON AGREGADO.

04.04.08. SOLDADURA DE RETENEDOR SUBSIGUIENTE.

04.04.09. CARILLA DE ACRILICO.

04.04.10. REBASADO DE PROTESIS.

04.04.11. CUBETA INDIVIDUAL.

04.04.12. LEVANTE DE ART. EN ACR. TRASLUCIDO Y RETENEDORES FORJ. EN ACERO.

Incluirá cubeta individual y controles posteriores. Se reconocerá 1 código por período de 24 meses. Para su reconocimiento se deberá enviar historia clínica y modelos que justifiquen su realización.

04.04.13. PLACAS OCLUSALES (TEMPORARIAS) DE ACRILICO REMOVIBLES (DE MIORELAJACION).

Se debe presentar pedido del profesional junto con historia clínica que indique su necesidad. Incluye cubeta individual y controles posteriores. Se reconocerá 1 código cada 24 meses.

➤ **CAPITULO V - ODONTOLOGIA PREVENTIVA**

05.01. TARTRECTOMIA Y CEPILLADO MECANICO (AMBAS ARCADAS).

Se reconocerá por período de 12 meses y en ese lapso no se reconocerá el código 08.12.

05.02. CONSULTA PREVENTIVA. TERAPIAS FLUORADAS.

Se reconocerá semestralmente por tratamiento, en ambas arcadas, y cualquiera fuera la técnica utilizada, hasta los 12 años de edad (inclusive). Incluye al código 05.01.

05.03. INACTIVACION DE POLICARIES ACTIVAS.

Se reconoce hasta los 10 años cuando hayan más de 6 caries activas. Se acepta por única vez como complemento de un tratamiento de las piezas que se marquen como existentes con caries activas.

05.04. CONSULTA PREVENTIVA. DETECCIÓN, CONTROL DE PLACA BACTERIANA Y ENSEÑANZA DE TECNICAS DE HIGIENE BUCAL.

Se reconocerá una vez cada 12 meses y hasta los 13 años (inclusive).

05.05. SELLADORES DE SURCOS, FOSAS Y FISURAS.

Se reconocerá hasta los 18 años, en molares y premolares permanentes. Hasta los 8 años podrán rehacerse cada 12 meses, a partir de esa edad cada 24 meses. Se reconocerá solamente en elementos sanos y que no presenten obturación previa. La pieza tratada con sellante no podrá recibir obturación por un término igual al estipulado por la duración del sellante según la edad por el mismo profesional.

05.06. APLICACIÓN DE CARIOSTÁTICOS EN TEMPORARIOS. POR CUADRANTE.

Se reconocerá en pacientes de hasta 9 años de edad y se podrá facturar por única vez. Deberán indicarse las piezas dentarias tratadas ya que no podrán recibir obturación por un lapso de 12 meses.

➤ **CAPITULO VI - ORTODONCIA Y ORTOPEdia FUNCIONAL - (POR REINTEGRO)**

NORMA GENERAL: Se reconocerá por **reintegro directamente al afiliado** cuando se trate de pacientes menores de 18 años y por única vez. Requerirá aprobación previa correspondiente, debiendo acompañarse de ficha de ortodoncia donde conste:

- Datos de identificación del paciente
- Diagnóstico morfo-funcional del caso a tratar
- Tipo de aparatología a emplear
- Modelos articulados
- Pronóstico

06.01. CONSULTA DE ESTUDIO (SIN AUTORIZACIÓN PREVIA)

06.02. TRATAMIENTO DE DENTICIÓN PRIMARIA O MIXTA -ORTOPEDIA-

06.03. TRATAMIENTO DE LA DENTICIÓN PERMANENTE -ORTODONCIA-

06.04. CORRECCIÓN DE MALPOSICIONES SIMPLES C/ESPACIO

➤ **CAPITULO VII - ODONTOPEdiATRIA**

07.01. CONSULTAS DE MOTIVACION.

Se reconocerá hasta los 12 años de edad cada 6 meses y podrá facturarse hasta 3 veces por paciente cuando se trate del mismo profesional. No incluirá al código 01.01.

07.03. MANTENEDOR DE ESPACIO (INCLUYE RX PRE Y POST)

Se reconocerá con Rx pre y post operatoria (incluidas). Comprenderá mantenedores de espacio fijo o removible. Se cubrirá por única vez por pieza dentaria y en pacientes de hasta 8 años inclusive. Se incluirá la corona o banda, y ansa de alambre de apoyo de expansión.

07.04. TRATAMIENTO DE DIENTES TEMPORARIOS CON FORMOCRESOL (INCLUYE RX PRE Y POST)

Se reconocerá con Rx pre y post operatoria (incluidas) cuando el diente tratado no se encuentre en periodo de exfoliación normal.

07.05. CORONA DE ACERO PROVISORIA POR DESTRUCCIÓN CORONARIA (INCLUYE RX PRE Y POST)
Se reconoce en temporarios con formocresol o con gran destrucción coronaria, cuando la pieza no esté en el periodo de exfoliación. Se requiere Rx pre y post operatoria (el valor está incluido).

07.06. REIMPLANTE DENTARIO E INMOVILIZACIÓN POR LUXACIÓN TOTAL.
No incluye el tratamiento endodóntico.

07.07. PROTECCIÓN PULPAR DIRECTA.
Se solicitará Rx pre y/o post operatoria para su reconocimiento.

➤ **CAPITULO VIII - PERIODONCIA**

08.11. CONSULTA PERIODONTAL, DIAGNOSTICO, PRONOSTICO.
Se reconocerá una vez cada doce meses. Incluye confección de ficha periodontal, que es obligatoria para realizar los códigos 0816 y 0817. No es necesaria para el código 0812. No incluye al 0101.

08.12. TRATAMIENTO DE GINGIVITIS POR ARCADA.
Comprende detartraje manual o mecánico, cepillado mecánico, enseñanza de técnicas de higiene oral, etc. Sólo en mayores de 13 años. Se reconocerá cada doce meses. Incluye al 0813. Se debe aclarar la arcada que se factura.

08.13. ENSEÑANZA DE TÉCNICAS DE HIGIENE Y DETECCIÓN DE PLACA BACTERIANA.
Comprende enseñanza de técnica de cepillado, uso de elementos de higienedentario, asesoramiento dietético y revelado de placa. Se reconoce cada veinticuatro meses y en pacientes mayores de 13 años.

08.14. CONTROLES POST TRATAMIENTOS SIN INSTRUMENTACIÓN.
Se reconoce cada seis meses. Comprende todas las acciones necesarias para conservar la salud periodontal en pacientes que hayan recibido este tratamiento, no pudiendo facturarse ningún otro código por el lapso de seis meses.

08.15. CONTROLES POST TRATAMIENTO CON INSTRUMENTACIÓN.
Idem norma código 08.14.

08.16. RASPAJE Y CURETAJE POR ELEMENTO (INCLUYE RX). Incluirá al 08.12, al 08.14 y al 08.15.
Se reconoce cada doce meses. Se podrán facturar hasta 8 elementos por mes por paciente como única prestación para ese mes. De corresponder la consulta periodontal se factura el código 0811. Se acepta la combinación de códigos 0816 y 0817 cuando no supere los 8 códigos entre ambos y siempre que no se repita elemento y se respeten los códigos a facturar por mes. No se podrá facturar ningún otro código de periodoncia por seis meses.

08.17. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR ELEMENTO (INCLUYE RX).
Incluye al 0812, al 0814, al 0815 y al 0816. Se reconoce cada veinticuatro meses. Se podrán facturar hasta 8 elementos al mes por paciente como única práctica para ese mes. De corresponder la consulta periodontal se factura el código 0811. Se acepta la combinación de códigos 0816 y 0817 cuando no supere los 8 códigos entre ambos y siempre que no se repita elemento y se respeten los códigos a facturar por mes. No se podrá facturar ningún otro código de periodoncia por seis meses.

➤ **CAPITULO IX - RADIOLOGÍA**

NORMAS GENERALES: Toda Rx para su reconocimiento debe ser enviada sin la cubierta plástica, en el sobre correspondiente de papel y con los siguientes datos: nombre del paciente, n° de afiliado y plan, firma y sello del profesional, diagnóstico y debe aclararse si es demostrativa de alguna práctica a facturar. La correcta presentación la dará además por la angulación, definición, centrado, revelado y fijado objeto de fácil interpretación. Cuando la Rx es requisito de la práctica no se contará en el total de prestaciones mensuales.

09.01.01. RADIOGRAFIA PERIAPICAL, TECNICA DE CONO CORTO O LARGO. BITE WING.
Se admitirá como máximo cuatro veces la suma.

09.01.02. RADIOGRAFIA MEDIA SERIADA DE 5 A 7 PELICULAS.
Se reconocerá cuando la integren siete películas debidamente presentadas.

09.01.03. RADIOGRAFIA SERIADA AMBOS MAXILARES DE 8 A 14 PELICULAS.

Se reconocerá cuando la integren catorce películas debidamente presentadas.

09.02.04. PANTOMOGRAFIA O RADIOGRAFIA PANORÁMICA.

Se deberá aclarar por escrito el motivo y/o diagnóstico presuntivo que origina el pedido.

09.02.05. TELERADIOGRAFÍA CEFALOMÉTRICA.

Se deberá aclarar por escrito el motivo y/o diagnóstico presuntivo que origina el pedido.

➤ **CAPITULO X - CIRUGÍA BUCAL**

NORMAS GENERALES: Para las prácticas de éste capítulo, la Auditoría podrá solicitar la documentación que estime necesaria (Rx pre y post operatorias, ficha dental, historia clínica, modelos, , etc.) que justifique 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. En extracciones dentarias propiamente dichas, las mismas deben efectuarse en forma completa, sin que permanezca en boca ningún remanente de resto radicular. En los códigos que requieran Rx pre y/o post operatorias las mismas están incluidas en el valor de la prestación.

10.01. EXTRACCIÓN DENTARIA.

10.02. PLASTICA DE COMUNICACION BUCO-SINUSAL COMO RIESGO QUIRÚRGICO SIMULTANEO A LA EXTRACCIÓN.

Se reconocerá con Rx pre-operatoria que justifique la realización de la práctica.

10.03. BIOPSIA POR PUNCIÓN O ASPIRACIÓN.

Se requiere diagnóstico presuntivo y copia del resultado del estudio anatomopatológico con los datos del afiliado, fecha y firma del profesional responsable del estudio. No incluye dicho estudio.

10.04. ALVEOLECTOMIA ESTABILIZADORA -6 ZONAS. POR ZONA.

Requerirá autorización previa indicando la circunstancia clínica que da origen a la prestación y Rx pre y post operatoria. Se deberá indicar la zona intervenida.

10.05. REIMPLANTE DENTARIO INMEDIATO AL TRAUMATISMO (CON INMOVILIZACION).

Deberá acompañarse con Rx pre y post-operatoria.

10.06. INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSESOS.

Deberá acompañarse breve reseña del cuadro clínico.

10.07. BIOPSIA POR ESCISIÓN.

Se requiere diagnóstico presuntivo y copia del resultado del estudio anatomopatológico con los datos del afiliado, fecha y firma del profesional responsable del estudio. No incluye dicho estudio.

10.08. ALARGAMIENTO QUIRUGICO DE LA CORONA CLÍNICA.

Deberá indicarse pieza dentaria y motivo de la práctica. Se enviarán Rx post-operatoria.

10.09. EXTRACCIÓN DE DIENTES RETENIDOS O RESTOS RADICULARES RETENIDOS.

Se requiere Rx pre y post operatoria. Es excluyente la demostración radiográfica, al menos la necesidad de realización de colgajos, amplia osteotomía y/u odontosección, debido a una completa inclusión dentro de los maxilares o en posiciones totalmente anormales o con una anatomía dentaria anormal que justifique una intervención mayor. Ejemplo: piezas dentarias en posición horizontal, invertida y transversal. Si existen dos o más patologías la Auditoría autorizará un solo código sin perjuicio de la posibilidad de casos excepcionales que podrán ser considerados.

10.09.01. EXTRACCION DE DIENTE SEMIRETENIDO O EN RETENCIÓN MUCOSA.

Requerirá Rx pre y post operatoria.

10.10. GERMECTOMIA.

Idem norma código 10.09.

10.11. LIBERACIÓN DE DIENTES RETENIDOS (RETENCIÓN O SEMIRETENCIÓN MUCOSA).

Requerirá Rx pre operatoria.

10.12. APICECTOMIA.

Requerirá Rx pre y post-operatorias.

10.13. TRATAMIENTO DE OSTEOMIELITIS.

10.14. EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO.

10.15. ALVEOLECTOMIA CORRECTIVA - POR ZONA - 6 ZONAS.

Requerirá autorización previa indicando la circunstancia clínica que da origen a la prestación y Rx pre y post operatoria. Se deberá indicar la zona intervenida.

NORMA PARTICULAR CODIGOS 10.16 Y 10.17:

Requiere autorización previa y diagnóstico presuntivo. Se podrán solicitar estudios complementarios. Es excluyente para su facturación la presentación de copia del resultado del estudio anatomopatológico.

10.16.01. QUISTECTOMÍA O EXTIRPACION DE TUMORES TEJIDOS DUROS - H/1 CM DIAM.

10.16.02. QUISTECTOMÍA O EXTIRPACION DE TUMORES TEJIDOS DUROS - H/3 CM DIAM.

10.16.03. QUISTECTOMÍA O EXTIRPACION DE TUMORES TEJIDOS DUROS - MÁS 3 CM DIAM.

10.17.01. EXTIRPACIÓN DE TUMORES EN TEJIDO BLANDO - H/1 CM.

10.17.02. EXTIRPACIÓN DE TUMORES EN TEJIDO BLANDO - H/3 CM.

10.17.03. EXTIRPACIÓN DE TUMORES EN TEJIDO BLANDO - MAS DE 3 CM.

10.18. EXTRACCIÓN C/ ALVEOLECTOMÍA EXTERNA Y RESTOS RADICULARES.

Requerirá Rx pre y post-operatorias.

10.19. FRENECTOMÍA.

Se debe indicar si se trata de frenillo lingual o de frenillo labial superior y la circunstancia clínica que da origen a dicha práctica.

➤ **CAPITULO XI - IMPLANTOLOGIA ORAL (POR REINTEGRO)**

11.02. IMPLANTE. TECNICA QUIRURGICA SIMPLE.

Se reconocerá solamente para pacientes mayores de 18 años. Se abonará por única vez en la posición solicitada. Para su **reintegro** deberá presentar ficha catastral presentando datos completos del socio marcando en odontograma la posición del implante y estudios complementarios pre y post operatorios que acrediten la realización del mismo: Rx periapicales, panorámicas, tomografía axial computada.







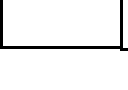
➤ **CAPITULO XII - BLANQUEAMIENTO DENTAL (POR REINTEGRO)**

12.01. BLANQUEAMIENTO DENTAL.

Se reconocerá sólo por **reintegro** cada 24 (veinticuatro) meses solamente en pacientes mayores de 18 años, en ambos maxilares.

TODA SITUACION CLINICA QUE SE PRESENTE EXCEPCIONALMENTE Y NO HUBIERA SIDO INCLUIDA EN LAS NORMAS OPERATIVAS PRECEDENTES SERA EXPUESTA POR EL PROFESIONAL A LA AUDITORIA ODONTOLOGICA DE PREVENCION SALUD S.A. PARA QUE PUEDA SER CONTEMPLADA EN BENEFICIO DE LA SALUD DE NUESTROS AFILIADOS

COBERTURA ODONTOLÓGICA DE LOS PLANES








PLANES	ODONTOLOGIA GENERAL		PROTESIS (b) (con autorización previa)			
	AUTORIZACION	COPAGO	Abona Prev Salud al profesional	Abona el afiliado al profesional	CARENCIAS	TOPE ANUAL DE PROTESIS
Plan Basico	CON autorizacion previa (salvo urgencias).	Copago: \$ 30 en cod 01.04- Urgencias que el prof. cobra en consultorio. En la autorizacion del resto de codigos, Prev Salud detallará: * el copago a cobrar por el prestador en consultorio * y el monto a facturar a Prev Salud.	SIN COBERTURA			
		El prestador factura el 100% del valor acordado. El afiliado abona copago a Prevencion Salud.				
	SIN AUTORIZACION salvo codigos de Cirugias (a) 01.01 + 4 prest por mes	SIN COPAGOS	25%	75%	12 meses	4
			50%	50%	12 meses	
			75%	25%	6 meses	
			100%	0%	6 meses	
			100%	0%	6 meses	
						

(a) Códigos que requieren autorizacion previa:

- 10.04. ALVEOLECTOMIA ESTABILIZADORA -6 ZONAS - POR ZONA
- 10.15. ALVEOLECTOMIA CORRECTIVA - POR ZONA - 6 ZONAS
- 10.16.01. QUISTECTOMÍA O EXTIRP. TUMORES TEJ DUROS H/1 CM DIAM.
- 10.16.02. QUISTECTOMÍA O EXTIRP. TUMORES TEJ DUROS H/3 CM DIAM.
- 10.16.03. QUISTECTOMÍA O EXTIRP. TUMORES TEJ DUROS MÁS 3 CM DIAM.
- 10.17.01. EXTIRPACIÓN DE TUMORES EN TEJIDO BLANDOH/1 CM.
- 10.17.02. EXTIRPACIÓN DE TUMORES EN TEJIDO BLANDO H/3 CM.
- 10.17.03. EXTIRPACIÓN DE TUMORES EN TEJIDO BLANDO DE MAS DE 3 CM.

(b) Aplica para los Circulos donde se ha convenido la cobertura de protesis. Si no esta convenido protesis, se reintegrará al afiliado un monto de acuerdo al plan.

PRESTACIONES UNICAMENTE POR REINTEGRO

PLANES	ORTODONCIA (*) (con aprobación previa)		IMPLANTES (*)	BLANQUEA MIENTO DENTAL (*)	
	EDAD	CARENCIAS	CARENCIAS	COBERTURA	
Plan Basico	SIN COBERTURA		SIN COBERTURA	SIN COBERTURA	
	SIN COBERTURA				
	5 a 8 años	12 meses			
	5 a 18 años	12 meses			
	5 a 18 años	6 meses			
	5 a 18 años	6 meses			12 meses
	Sin limite	Sin carencia			12 meses
			12 meses	Coertura sin carencia	

AUTORIZACION

La autorización la puede tramitar el afiliado o el prestador:

*Si el código requiere RX previa, el interesado tendrá que acercar el pedido hasta nuestra oficina mas cercana.

* Si el código no requiere RX previa, puede enviar el pedido por mail a autorizaciones@prevencionsalud.com.ar

VALIDACION

La validación la puede efectuar el prestador para asegurarse que el afiliado está vigente llamando a 0-810-555-1055 Atencion a Prestadores de Lunes a Viernes de 8 a 20hs.