

Convenio Jerárquicos Salud
(A.M.P.J.B.O.N. - Asociación Mutual Personal Jerárquico de Bancos Oficiales)

Forma de atención: El afiliado asiste al consultorio con su carnet (de color azul) y D.N.I. Las prestaciones se deben facturar con la ficha odontológica, detallando todos los datos requeridos (la falta de cualquiera de éstos datos será causa para debitar las prácticas facturadas) y la firma del paciente en cada práctica. Cuando se facture endodoncia sólo se podrá facturar un código por mes, salvo en aquellos casos en que se hagan dos endodoncias en piezas contiguas en los que se reconocerán los dos tratamientos en el mismo mes. En el caso de periodoncia se reconocerán hasta ocho prestaciones por mes cuando se trate de los códigos 0816 y 0817. Los beneficiarios PMO (credencial **OSTSAMPJBON** color verde), tienen la misma cobertura que el resto de los planes para odontología general, pero no tienen cobertura en prótesis ni ortodoncia, con la diferencia de que se requiere autorización previa de la Obra Social para todas las prestaciones.

Se establece un límite de tres (3) prestaciones mensuales, salvo en caso de endodoncia que se deberá facturar como única práctica en el mes. En prótesis se reconocerán 4 códigos por afiliado por mes, no pudiendo combinarse con otros capítulos (requiere autorización previa). Cuando se requiera Rx comprobatoria, se las debe facturar junto con el trabajo de prótesis adjuntando las Rx en la misma ficha (las Rx no serán contadas dentro de los cuatro códigos permitidos).

Implantes.

Se abonará un monto fijo estipulado según Plan, no constituyendo un pre acuerdo de valor arancelario por dichas prácticas.

Aranceles: Se adjuntan.

Normas de Trabajo: Se adjuntan.

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

Prestaciones que se reconocen:

0101 - 0102.
0201 - 0202 - 0209.
0301 - 0302 - 0303 - 0304 - 0305 - 0306 - 0307.
040102 - 040104 - 040105 - 040108 - 040110 - 040111 - 040112 -
040113 - 040114 - 040202 - 040203 - 040205 - 040206 - 040301 -
040302 - 040401 - 040402 - 040403 - 040404 - 040405 - 040406 -
040410 - 040411 - 040412.
0500 - 0502 - 0503 - 0504 - 0505.
06.01 - 06.02.00 - 06.02.01 - 06.02.02 - 06.02.03 - 06.02.04 - 06.02.05 -
06.03.00 - 06.03.01 - 06.03.02 - 06.03.03 - 06.03.04 - 06.03.05 -
06.04.00.
0701 - 0702 - 0703.
0812 - 0813 - 0814 - 0815 - 0816 - 0817.
090101 - 090102 - 090103 - 090600 - 090700 - 09.03.01 - 09.03.02 -
09.03.03 - 09.03.04 - 09.03.05.
1001 - 1002 - 1003 - 1004 - 1005 - 1007 - 1008 - 1009 - 1010 - 1011 -
1012 - 1013 - 1014 - 1015 - 1016 - 101601 - 101602 - 101603 - 1017 -
101701 - 101702 - 101703 - 1018.

Convenio Jerárquicos Salud

CAPITULO I - Consultas.

- 01.01.** Consulta de relevamiento bucal: comprende el examen, diagnóstico, fichado, plan de tratamiento, se confeccionará por duplicado, quedando el original para el profesional, cada 12 meses cuando se trate del mismo profesional.
- 01.02.** Se aplica a toda práctica que no constituya paso intermedio y/o final de tratamiento. Se reconoce una cada 3 meses (si es necesario). No se reconoce en caso de hemorragia o alveolitis si la extracción la hizo el mismo profesional, salvo que el mismo lo indique. Cuando se factura éste código no es necesario marcar el diagrama de la ficha catastral, ni confeccionar historia clínica; sólo deberá indicar el motivo que dio origen a dicha prestación. No podrá facturarse en caso de control de pacientes tratados quirúrgicamente (por el mismo profesional), ya que dichos controles ya están calculados en los costos dados a cada código del capítulo X. Será obligatorio aclarar motivo de dicha práctica.

CAPITULO II - Operatoria Dental.

Norma General:

Las obturaciones tendrán una vigencia de dos años, lapso en el cual no se abonará otra restauración si la hace el mismo profesional. Contemplan todos los materiales de la restauración científicamente reconocidos, como así también las técnicas, instrumentación y equipamiento que el profesional crea más conveniente (lámpara halógena, matrices preformadas, etc.). Las obturaciones en temporarios deben tener una duración de dos años. Cuando se obture por separado distintas fosas de la cara oclusal, se considerará como una obturación simple.

- 02.01.** 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. Ej.: fosa oclusal y surco vestibular (OV), lingual o palatino y caries gingival (OV, OL, OP), y en dientes que no tengan su vecino próximo y las caries se limite a una sola cara. Dicha pieza sólo podrá recibir una nueva obturación de fosas y fisuras transcurridos 24 meses. En caso de necesidad de obturación de las caras proximales (Mesial o Distal) podrá facturarse un código 0202 en forma conjunta o cuando dicha patología se presente en esa pieza. En caso de hacer micro-obturación deben sellarse las fosas y fisuras restantes.
- 02.02.** Comprende todos los tratamientos de los tejidos duros del diente provocado por la caries dental que abarque las caras proximales y que deban hacerse abordaje por otra cara. Ej.: OM - MOD - OD: en el caso que presente una caries en la fisura o fosa de las caras vest., lingual o palatina o caries gingival podrá facturarse además un código 0201, el cual podrá facturarse en forma conjunta o cuando dicha patología se presente. En anteriores se podrá facturar un 0202. Cuando la caries abarque 2 caras (Ej.: IMP), de ser necesario obturación compuesta, (Ej.: DP) en la misma pieza se podrá facturar un 0201, pero de ninguna manera se podrá facturar dos 0202 en forma conjunta en la misma pieza. Ej.: 0202 en 11 (MO) o (MIP); 0201 en 11 (DP)(V)(D)(G). En caso de reconstrucción de un ángulo se debe facturar un 0202 Ej.: 0202 en 11 (MIP) o (DIP). Sea cual fuera la ubicación de la caries en una misma pieza, solo podrá facturarse como máximo, dos 0201; o un 0201 y un 0202 o un 0209.
- 02.09.** Comprende a todas las restauraciones de mayor complejidad donde deban realizarse reconstrucciones de dos ángulos (mesial y distal), carillas o cúspides en dientes anteriores o posteriores. Comprende la utilización de coronas preformadas, tornillos, o cualquier otro elemento que el profesional crea conveniente. Dicha pieza dentaria no podrá recibir otra obturación por el término de 24 meses. Para facturar 0209, necesariamente, la lesión debe abarcar cinco caras del diente claramente especificado en la ficha, de lo contrario se tomará como código 0202. Puede acompañarse con Rx comprobatoria, la que no está incluida en el valor del código (facturar por separado).

CAPITULO III - Endodoncia.

Normas Generales:

03.01 / 03.02 / 03.03 / 03.04.

Todo tratamiento de Endodoncia debe acompañarse con las Rx del caso. En caso de reobturación del o los conductos, la misma podrá efectuarse con la aclaración del profesional actuante que justifique esa necesidad, la cual será evaluada por la auditoria para su reconocimiento. Los valores de las Rx están incluidos dentro del valor que tiene cada código del capítulo III. Para reconocer todo tratamiento de endodoncia, deberá visualizarse en la Rx postoperatoria la correcta preparación del o los conductos radiculares y que el material de obturación radiopaco llegue hasta el límite cemento dentinario (un mm. aproximadamente del extremo anatómico del diente). De no cumplirse ésta norma, la Auditoria podrá solicitar al prestador los elementos de juicio que lo justifiquen, 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 contraindicada; quedando la Auditoria facultada a solicitar al prestador el fundamento de la misma para su reconocimiento.

Norma Particular:

- 03.05.** 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 realizado por el mismo profesional. Aplicable a dientes permanentes.
- 03.06.** Se refiere a tratamiento con formocresol solamente en dientes temporarios anteriores y posteriores. No se reconoce en dientes permanentes.
- 03.07.** Se reconocerá una protección indirecta en premolares y molares. Dado la necesidad del factor tiempo, en resultado final, no podrá facturarse ningún otro código del presente nomenclador hasta superado los seis meses posteriores de la protección, a excepción de Rx de control, no más de una en ese lapso. El profesional actuante deberá reponer las veces necesarias el material de protección colocado durante esos meses.

CAPITULO V - Odontología Preventiva.

- 05.00.** Consulta preventiva de relevamiento: hasta los 13 años de edad se reconocerá cada 12 meses. Incluye al código 0101, comprende además de lo especificado para el código 0101.
- 05.02.** Se reconocerá semestralmente y hasta cumplir 12 años de edad, por tratamiento y en ambas arcadas, cualquiera que fuesen la técnica que se utilice.
- 05.03.** Inactivación de policaries: Se reconocerá hasta los 10 años de edad. Cuando los mismos presenten simultáneamente más de 6 caries activas y en toda la boca, se permitirá por única vez como complemento de un tratamiento que por lógica debe involucrar las mismas piezas que se marquen como existentes con caries activas.
- 05.04.** Se reconocerá una vez cada 12 meses y hasta los 12 años.
- 05.05.** Se reconocerá hasta los 18 años. Hasta los 8 años pueden rehacerse cada 12 meses, a partir de esa edad cada 24 meses. La pieza dentaria 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. Se podrán realizar en piezas tanto temporarias como permanentes.

CAPITULO VII - Odontopediatría.

- 07.01.** Se reconocerá hasta los 10 años, se podrá facturar un 0701 cada 6 meses con un máximo de 4 códigos, por el mismo profesional. No incluye al 0101.
- 07.02.** Se reconocerá sin límite de edad, se podrá facturar un 0702 cada 3 meses, hasta un máximo de 8 códigos, por el mismo profesional. No incluye al 0101. Aclarar la discapacidad del paciente.
- 07.03.** Se reconocerá hasta los 10 años, no podrá facturarse más de una corona por mes por paciente, no se reconocerá obturación debajo de las coronas.

CAPITULO VIII - Periodoncia.

- 08.12.** Tratamiento de gingivitis: Comprende destartraje manual o mecánico por Arco. Se reconocerá cada 12 meses, y se considera un código 0812 por arco dentario. No incluye al 0813. Se reconocerá a partir de los 12 años de edad.
- 08.13.** Se reconocerá cada 12 meses.
- 08.14.** Incluye al 0812. Se reconocerá cada 4 meses, incluye toda la boca, y partir de los 12 años de edad.
- 08.15.** Incluye al 0812. Se reconocerá cada 4 meses e incluye toda la boca. Los códigos 0814 y 0815 comprenden todo lo que el prestador considere necesario realizar para conservar la salud periodontal del paciente. Se reconocerá a partir de los 12 años de edad.
- 08.16.** Incluye al 0812-0814-0815. Se pueden facturar hasta ocho códigos independientemente de la posición de la pieza dentaria en la boca, por afiliado, por mes comprobatorio con Rx incluidas en el valor del código, donde se visualice claramente reabsorción de la cresta ósea Ínter alveolar de su nivel normal. De lo contrario se considera 0812 o 0815 (mantenimiento-destartraje). Se reconocerá cada 24 meses. Cuando deba rehacerse un tratamiento en una pieza, dentro de los 24 meses de plazo establecido, se podrá cobrar el mismo al paciente extendiendo el recibo correspondiente (aclarar bien pieza tratada).
- 08.17.** Incluye al 0812-0814-0815-0816. Se pueden facturar hasta ocho códigos independientemente de la posición de la pieza dentaria en la boca, por afiliado, por mes comprobatorio con Rx incluidas en el valor del código, donde se visualice reabsorción de la cresta ósea Ínter alveolar de su nivel normal. De lo contrario se considera 0812 o 0815 (mantenimiento-destartraje). Se reconocerá cada 24 meses.

CAPITULO IX - Radiología.

Norma general:

Las Rx de diagnóstico podrán ser conservadas por el profesional, no así aquellas Rx que sean comprobatorias de prácticas determinadas, pudiendo la Auditoría exigir las Rx que considere necesarias al profesional en un término de tiempo que no supere los 24 meses. Ej.: Rx comprobatorias - Endodoncias - Cirugía.

Norma particular:

- 09.01.01.** Se admite como máximo cuatro veces la suma.
- 09.01.02.** Se reconocerá cuando la integran de 5 a 7 películas.
- 09.01.03.** Se reconocerá cuando la integren de 10 a 14 películas.

CAPITULO X - Cirugía Bucal.

Norma general:

Para reconocer las prácticas de éste capítulo la auditoria podrá solicitar la documentación que estime necesaria (Ficha dental, historia clínica, Rx, etc.) que justifiquen la realización de la práctica. La falta de presentación de la misma, faculta a la auditoría a no reconocer la práctica efectuada. La Auditoria establecerá de común acuerdo con el prestador las prácticas que para su realización requerirán autorización previa. Códigos que no necesitan Rx comprobatoria: 10.01./10.03./10.07./10.17.

Norma particular:

10.02. Para su reconocimiento deberá acompañarse la radiografía preoperatoria que justifique la realización de la práctica.

10.03. No incluye el estudio anatomopatológico, al igual que el código 10.07.

10.10 y 10.09. En estos códigos es requisito excluyente la demostración radiográfica, al menos de 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, como ejemplo de esto y para dejar claro que casos serán reconocidos en estos códigos enumeremos los mismos: Piezas dentarias en posición horizontal, invertida y transversal. Referido a la posibilidad de existencia de dos o más patologías, la auditoria autorizará un solo código sin perjuicio de la posibilidad de casos excepcionales que podrán ser considerados. Para los códigos 1009 y 1018, las Rx están incluidas en su valor, no debiéndose facturar por separado. Para todos los códigos de comprobación con Rx se refiere a la Rx previa solamente.

Normas Odontológicas de Prótesis

1. Será aplicable a los afiliados de los planes **PMI 2000** y **PMI 3000** y socios de otros planes que abonen el servicio de prótesis odontológica, que como no tienen identificación en la credencial es fundamental pedir autorización previa (en éstos casos es el paciente quien le informará al profesional que paga el servicio de prótesis). No existe riesgo de engaño o malos entendidos ya que los trabajos de prótesis **requieren autorización previa**.
2. Se reconocerá sólo en piezas permanentes y fuera del periodo de garantía del otro capítulo.
3. Para los socios del Plan **PMI** o **PMI 2886** adheridos al servicio de prótesis se reconoce el 50 % del valor del nomenclador, debiendo el afiliado abonar el 50 % restante en el consultorio. Para los socios de los Planes **PMI 2000** o **PMI 2886/2000**, adheridos al servicio de prótesis, se reconocerá el 100 % del valor del nomenclador pactado.
4. Se reconocerá con autorización previa de la ficha odontológica perfectamente confeccionada en cuanto a marcación en odontograma y codificación de práctica a realizar.
5. Dicha ficha se enviará por Fax (al número **0800-5551040, opción 3**) a la Obra Social para solicitar la autorización correspondiente, con sello habilitante, figurando el costo total del tratamiento y el costo a pagar por el afiliado en consultorio (si correspondiere). El no poseer dicho Fax autorizado con sello de la obra social inhabilita cualquier tipo de reclamo.
6. Se reconocen 4 códigos de prótesis por afiliado al mes, no pudiendo combinarse con otros capítulos.
7. Los códigos 04.01 se reconocen con Rx Pre y Post como requisito excluyente para su facturación.
8. Los códigos 04.02 deben incluir las piezas que reemplaza en odontograma de ficha. Diagrama del aparato protésico.
9. El código 040410, se reconoce 1 vez cada 12 meses a partir de la fecha de instalación de la prótesis.
10. Para el código de compostura es indispensable aclarar el tipo y sector de la reparación, de lo contrario se debitará la práctica.

Duración mínima establecida:

- Código 04.01... 5 años
- Código 04.02... 5 años
- Código 04.03... 5 años
- Código 04.04... 3 años
- Excepto código 04.04.10 que se reconocerá cada 12 meses.

Reconocimiento de Implantes

1. Será aplicable a los socios de los Planes **PMI 2000** y **PMI 3000**, sin excepción.
2. Requiere autorización previa de la Obra Social. Para ello el profesional deberá presentar historia clínica detallando datos completos del socio e indicando en el odontograma la posición del implante.
3. Para facturar, se deberá adjuntar la ficha original, la autorización de la Obra Social con la firma de conformidad del socio y Rx comprobatoria pre y post tratamiento.
4. La Obra Social abonará **por única vez** un monto fijo estipulado según Plan, no constituyendo un pre acuerdo de valor arancelario, en la posición solicitada y hasta tres (3) por año calendario.
5. La diferencia arancelaria del tratamiento (entre el importe que abona la Obra Social y lo presupuestado por el profesional) deberá ser abonada por el socio en el consultorio.
6. Codificación: **OD-4701**.
7. Importes:
 - **PMI 2000: \$ 8.800,00.- c/u**
 - **PMI 3000: \$ 15.000,00.- c/u**

Ortodoncia

El reconocimiento de Ortodoncia, es por el tratamiento completo y se reconocerá a partir de los 15 años. Se realizará con una única autorización y luego se abonará el saldo restante en cinco consultas posteriores, las cuales se indicarán debajo la modalidad de las mismas. Para facturar el primer control, deben pasar 4 meses desde la facturación de la autorización inicial. Luego, los controles restantes podrán ser facturados cada 3 meses. En los meses intermedios, el profesional debe realizar el tratamiento del modo que estime más adecuado para culminar con un tratamiento efectivo. Se reconocerá mediante brackets metálicos y exclusivamente con el fin de brindar solución a un problema de salud y no estético.

Se autorizará éste tratamiento solo para los planes PMI 2000 y/o PMI 3000.

06.01.00 - Consulta: Se factura como único código y una sola vez por tratamiento por paciente. Para ello se debe presentar: ficha completa e informe morfo-funcional del paciente con descripción del tratamiento y firma del paciente y del profesional.

06.03.00 - Autorización: El profesional debe extender el pedido de autorización completando los datos del socio, código correspondiente, informe del tratamiento completo, tiempo estimado de duración, descripción de aparatología a utilizar y estudios correspondientes respaldando el pedido. El socio lo envía a autorizar (lo puede hacer el profesional) a autorizaciones@jerarquicos.com y una vez resuelto el expediente, si es positiva la autorización, el profesional lo puede facturar (con ficha catastral, expediente autorizado y firmado).

06.03.01 - Controles. Para facturar los cinco controles (se facturan cada 3 meses), el profesional debe completar la ficha catastral con todos los datos y la firma del socio, y el número de expediente con el que fue autorizado el tratamiento. Será motivo de débito el enviar la ficha sin el número de expediente.

Ortopedia

El reconocimiento de Ortopedia, es por el tratamiento completo y se reconocerá hasta los 14 años. Se realizará con una única autorización y luego se abonará el saldo restante en cinco consultas posteriores, las cuales se indicarán debajo la modalidad de las mismas. Para poder facturar el primer control, deben pasar 4 meses desde la facturación de la autorización inicial. Luego, los controles restantes podrán ser facturados cada 3 meses. En los meses intermedios, el profesional debe realizar el tratamiento del modo que estime más adecuado para culminar con un tratamiento efectivo.

Se autorizará este tratamiento solo para los planes PMI 2000 y/o PMI 3000.

06.02.00 - Autorización: El profesional debe extender el pedido de autorización completando los datos del socio, código correspondiente, informe del tratamiento completo, tiempo estimado de duración, descripción de aparatología a utilizar y estudios correspondientes respaldando el pedido. El socio lo envía a autorizar (lo puede hacer el profesional) a autorizaciones@jerarquicos.com y una vez resuelto el expediente, si es positiva la autorización el profesional lo puede facturar (con ficha catastral, expediente autorizado y firmado).

06.02.01 - Controles. Para facturar los cinco controles (se facturan cada 3 meses) el profesional debe completar la ficha catastral con todos los datos del socio y el número de expediente con el que fue autorizado el tratamiento. Será motivo de débito el enviar la ficha sin el número de expediente.

Corrección de Mal Posiciones.

06.02.04 Autorización: El profesional debe extender el pedido de autorización completando los datos del socio, código correspondiente, informe del tratamiento completo, tiempo estimado de duración, descripción de aparatología a utilizar y estudios correspondientes respaldando el pedido. El socio lo envía a autorizar (lo puede hacer el profesional) a autorizaciones@jerarquicos.com y una vez resuelto el expediente, si es positiva la autorización el profesional lo puede facturar (con ficha catastral, expediente autorizado y firmado).

Se autorizará este tratamiento solo para los planes PMI 2000 y/o PMI 3000.