

Convenio Capitado I.PRO.S.S.

Forma de atención: El afiliado concurre al consultorio con el carnet que lo habilite como tal y su documento de identidad. El profesional debe confeccionar correctamente la ficha dental, asentar en la misma las prestaciones a realizar y solicitar la autorización respectiva en la sede de su Círculo (a la administración de la Federación aquellos profesionales que no estén agrupados en un Círculo).

Cumplido dicho trámite, se deben indicar los números de autorización al frente de la ficha y se podrá iniciar la atención. La ficha deberá estar debidamente cumplimentada, con la firma del profesional y la conformidad del paciente (renglón por renglón) en cada práctica asentada.

Para la prescripción de medicamentos, se utilizará el Rp convencional o bien podrán optar por utilizar la receta disponible en la página web www.ipross.rionegro.gov.ar. El Rp debe especificar los siguientes datos: a) Nombre y apellido del afiliado; b) Medicamento expresado por nombre genérico, forma farmacéutica y dosis o grado de concentración; c) Dosis diaria y duración de tratamiento; d) Diagnóstico y situación de Salud; e) Profesional prescriptor con firma y sello; f) Fecha de prescripción.

✓ **Este convenio tiene un límite mensual de CUATRO (4) prestaciones por beneficiario, incluyendo la consulta (código 0101).**

Aranceles: Se adjuntan.

Normas de Trabajo: Se adjuntan.

Plazo de pago: 30 días.

Prestaciones que se reconocen:

0101 - 0102.
0202 - 0216.
0301 - 0302 - 0305.
0501 - 0503 - 0505.
0701 - 0704.
0801 - 0802 - 0803.
090101 - 090102 - 090104 - 090105 - 090204.
1001.

Convenio Capitado I.PRO.S.S.

Normas generales.

Para el reconocimiento de cualquier prestación, el profesional debe presentar la ficha dental de la Federación (o similar) completa, con los siguientes datos: apellido y nombre del paciente, domicilio, número de afiliado, fecha de nacimiento, número de teléfono y nombre de la Obra Social. No deben omitirse los números de autorización, la firma y sello del profesional y los datos del odontograma en colores rojo y azul.

CAPITULO I - CONSULTAS.

01.01 Consulta, fichado y plan de tratamiento.

Es el diagnóstico integral del paciente. Debe completarse la ficha odontológica y el plan de tratamiento con las firmas de paciente y el profesional. Este código debe facturarse la primera vez que asista el paciente al consultorio y luego se reconocerá cada doce meses. No podrá facturarlos el especialista que realice alguna práctica derivada de otro prestador.

01.02 Consulta de urgencia.

Se considera toda prestación que no constituye paso intermedio y/o final del tratamiento. Incluye al código 0101. Debe establecerse en todos los casos el motivo de la misma (por ejemplo: alveolitis, drenaje de abscesos) y pieza o zona afectada.

CAPITULO II - OPERATORIA DENTAL.

02.02 Todo tipo de restauraciones.

Se reconoce un código por pieza. Involucra la restauración global de cualquier pieza dental con cualquier material reconocido científicamente para realizar obturaciones. Debe tener una duración mínima de dos años y no puede ser facturada nuevamente en ese lapso por el mismo profesional. En el caso de una nueva caries en otra cara, se podrá solicitar luego de un año de facturada la anterior. En pacientes de hasta trece años de edad, la duración mínima de la obturación en dientes temporarios será de un año.

02.15 Inactivación de caries dental.

Se acepta en los casos en que existan más de dos caries de dentina profunda, sin compromiso pulpar. Requiere la eliminación de la dentina necrótica y parte de la dentina infectada de las paredes. Se obtura con material intermedio. Debe indicarse en la ficha las piezas inactivadas. No puede repetirse en la misma pieza en el lapso estipulado para la obturación definitiva. No se podrá realizar la obturación definitiva hasta transcurrido un año de facturada ésta práctica.

CAPITULO III - ENDODONCIA.

Normas generales.

Se consideran 0301 los tratamientos en incisivos, caninos y premolares. Se consideran 0302 los tratamientos en molares. En casos en que el premolar tenga dos o más raíces, se podrá facturar 0302, lo que deberá demostrarse radiográficamente. Para su reconocimiento, debe 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 (a un milímetro aproximadamente del extremo anatómico de la pieza). De no cumplir esta norma, el prestador debe justificarlo para su evaluación, sólo para 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 material no reabsorbible) se considera contraindicada, pudiendo solicitarse al prestador el fundamento del mismo para su evaluación y reconocimiento. No se autorizará rehacer el tratamiento o la extracción de la pieza tratada hasta transcurridos dos años del tratamiento, si se trata del mismo profesional. Para su reconocimiento se deben adjuntar radiografías pre y postoperatorias, que deben facturarse por separado. Si las mismas no son técnicamente buenas y no permiten la correcta observación del tratamiento, el mismo será debitado. La conductometría no tendrá validez como preoperatoria.

- 03.01 Endodoncia en unirradiculares.**
- 03.02 Endodoncia en multirradiculares.**
- 03.05 Biopulpectomía parcial.**
Se reconocerá en pacientes de hasta quince (15) años de edad.

CAPITULO V - PREVENCIÓN

- 05.01 Tartrectomía y cepillado mecánico. Desde 18 años.**
Se reconocerá cada doce meses sólo en pacientes mayores de dieciocho (18) años de edad. Incluye enseñanza de cepillado y eventual aplicación de flúor en ambas arcadas.
- 05.03 Detección y control de placa. Flúor y tartrectomía. Hasta 18 años.**
Se reconocerá en forma semestral en pacientes de hasta trece (13) años de edad. En pacientes de entre trece (13) y dieciocho (18) años de edad se reconocerá cada doce meses. Incluye tartrectomía, detección y control de placa, aplicación de flúor, enseñanza de cepillado e higiene oral.
- 05.05 Sellador de puntos y fisuras.**
Se reconocerá en surcos profundos de piezas permanentes y sólo en pacientes de hasta dieciocho (18) años de edad. Podrá facturarse en la misma pieza cada dieciocho meses, período en el cual no podrán facturarse los códigos 0215 ni 0216 en las piezas tratadas.

CAPITULO VII - ODONTOPEDIATRIA.

- 07.01 Motivación en menores de ocho años.**
Se autorizará por única vez en pacientes de hasta ocho (8) años de edad. Incluye el código 0101. Debe adjuntarse la ficha dental y el plan de tratamiento debidamente conformada con las firmas del profesional y del paciente.
- 07.04 Tratamiento de dientes primarios con formocresol.**
Se reconocerá con radiografía postoperatoria, cuyo valor debe facturarse por separado, cuando la pieza tratada no se encuentre en período de exfoliación normal. Si la Rx no es técnicamente buena y no permite visualizar correctamente el tratamiento, éste será debitado.

CAPITULO VIII - PERIODONCIA.

- 08.01 Consulta de estudio. Diagnóstico y pronóstico.**
Se reconocerá con el comienzo del tratamiento, acompañando al código 0803. Incluye al código 0101.
- 08.02 Tratamiento de gingivitis marginal crónica.**
Incluye los códigos 0501 y 0503. Se reconoce una vez al año. Comprende todos los cuadros gingivales cualquiera fuese su etiología. Incluye tartrectomía, raspaje, control de placa, enseñanza de cepillado y evaluación. Eventual gingivoplastia y topicación con flúor. No se requiere ficha periodontal. No se reconocerá con el código 0803.
- 08.03 Tratamiento de periodontitis destructiva leve o moderada. Por sector.**
Incluye 0501 y 0802, alisado radicular, gingivectomía y colgajo más eventual cirugía mucogingival. Se aceptará repetir el tratamiento una vez transcurridos veinticuatro meses. Se consideran seis sectores. Se aceptará como fase de mantenimiento cada seis meses la facturación del código 0501, debiendo aclararlo en la ficha. Debe presentarse ficha periodontal completa y por cada sector se deberá adjuntar una Rx preoperatoria, que debe facturarse por separado, y que deberán tener la nitidez necesaria para evaluar los tratamientos. Caso contrario, los mismos se debitarán.

CAPITULO IX - RADIOLOGÍA.

Normas generales.

Toda Rx debe tener una adecuada definición, centrado y contraste. No se aceptarán Rx que no se consideren técnicamente buenas. Deben adjuntarse a la ficha en papel transparente, colocadas una al lado de otra y con los datos del paciente, número de pieza o zona y diagnóstico. De no cumplir éstos requisitos se debitarán para ser cumplimentadas.

- 09.01.01 Radiografía periapical.**
- 09.01.02 Radiografía bite-wing.**
- 09.01.04 Radiografía media seriada (siete películas).**
- 09.01.05 Radiografía seriada (catorce películas).**
- 09.02.04 Ortopantomografía (panorámica).**
No se reconocerá para estudios de ortodoncia. Si son derivadas debe incluirse el pedido del profesional solicitante.

CAPITULO X - CIRUGÍA.

- 10.01 Extracción dentaria simple.**
Deberá justificar el profesional la imposibilidad de recuperar la pieza dentaria.