

Convenio CORA-O.S. Seguros

Forma de atención: El afiliado debe presentar el carnet que lo habilite como tal y su documento de identidad. El profesional debe confeccionar la ficha catastral indicando los trabajos realizados y a realizar. Si el paciente no tiene trabajos realizados se debe indicar “No posee trabajos anteriores”.

El profesional deberá percibir en su consultorio el coseguro correspondiente, y el valor a facturar debe ser el del Arancel menos el valor del coseguro cobrado.

Límites de Prestaciones:

- **Plan Básico, Salud y Especial:** Para la primera vez que asiste el paciente se le puede facturar la consulta (0101), el módulo de bioseguridad (010409) y una práctica. Desde la próxima vez que concurra el paciente, se le puede facturar el módulo de bioseguridad (010409) y dos prácticas.
 - En éstos Planes se cobra un coseguro de \$ **100,00.-** para las consultas y para cada práctica, salvo en el código 090101, en cuyo caso se cobra un coseguro de \$ **50,00.-**
 - En pacientes menores de 15 años y/o mayores de 65 años, para el código de consulta (0101), se cobra un coseguro de \$ **50,00.-** y para el resto de las prácticas, salvo el 090101, de \$ **100,00.-**
- **Planes Integral e Integral-Adherente:** Para la primera vez que asiste el paciente se le puede facturar la consulta (0101), el módulo de bioseguridad (010409) y tres prácticas. Desde la próxima vez que concurra el paciente, se le puede facturar el módulo de bioseguridad (010409) y cuatro prácticas.
 - Los beneficiarios de éstos Planes **NO** abonan ningún coseguro.

Aranceles: Se adjuntan.

Plazo de pago: 30 días de recibida la facturación en C.O.R.A.

Prestaciones que se reconocen:

0101 - 0102.
0201 - 0202 - 0204 - 0208 - 0209.
0301 - 0302 - 0305 - 0306.
0501 - 0502 - 0505 - 0506.
0701 - 0704 - 070600 - 070700 - 070800.
0801 - 0802 - 0803 - 0804.
090100 - 090200 - 090300 - 090400 - 090600 - 090700.
100102 - 100103 - 100104 - 100105 - 100106 - 100107 -
100108 - 100110 - 100113 - 100116 - 100202 - 100204.

Convenio CORA-O.S. Seguros

NORMAS GENERALES A TENER EN CUENTA

PLANES: Los planes vigentes son a) **Básico y Salud**; y b) **Integral, Integral-Adherente y Especial**.

El Nomenclador y Aranceles para ambos Planes es el mismo, sólo se modifican los valores de coseguro a abonar por el afiliado.

Es necesario que se tengan en cuenta los siguientes puntos como Normas Generales, a fin de evitar débitos innecesarios o demora en las liquidaciones.

1. Controlar que las fichas catastrales estén correctamente confeccionadas con los datos completos del paciente (no olvidar N° de afiliado) y odontograma con trabajos realizados y a realizar marcados en rojo y azul según corresponda (no usar otro color). Si el paciente no tiene trabajos realizados con anterioridad en su boca, se debe mencionar en la parte de observaciones de la ficha **“No posee trabajos anteriores”**.
2. Recordar que para la consulta estomatológica se deberá presentar la historia clínica.
3. En el Capítulo de Endodoncia se deben enviar las Rx pre y post. Las Rx están incluidas en el tratamiento. La conductimetría puede facturarse acompañada del código del capítulo III.
4. Límites de prácticas:
 - Cuando se facture un código de Endodoncia se podrá facturar la conductimetría, la consulta y un código más de prestación.
 - Cuando se facturen códigos de Obturaciones sólo se pueden facturar dos prácticas de éste capítulo más dos prácticas de los capítulos I, V, VII, VIII, IX o X. (Por pieza dentaria se podrá facturar como máximo dos códigos 02.01 o dos 0208, o bien un código 02.02 o un 0209).
 - En caso de tratamientos periodontales la primera vez se debe facturar el código 0801 con las Rx correspondientes, pudiéndose facturar hasta dos sectores del tratamiento periodontal. A partir del segundo mes se podrán facturar hasta cuatro prácticas de éste capítulo.
5. Cuando se realice una Obturación sobre una pieza que ya ha sido obturada anteriormente se debe indicar en la parte de observaciones de la ficha el motivo por el cual se reobtura la misma a fin de poder evaluar dicha práctica. Recordamos que las Obturaciones solo se pueden volver a facturar después de 24 meses.
6. Enviar una correcta liquidación general, desglosada por profesional que contengan todas las fichas del mismo. No olvidar que la única prestación sin odontograma que se paga, es el código 01.02 (consulta de urgencia) donde solo es necesario presentar el bono correspondiente, indicando la urgencia realizada.
7. No olvidar de certificar mensualmente el pago del seguro de Mala Praxis aquellas entidades que no posean el mismo a través de la CORA.
8. Las Rx que no vengan dentro de sobre de papel y sin el envoltorio original (el que ingresa en la boca del paciente) por medidas de higiene serán devueltas y no se reconocerán hasta que se refacturen enviándose como corresponde.
9. Los códigos del Capítulo de Cirugía Grupo II se deben facturar con su correspondiente Rx preoperatoria.

Convenio CORA-O.S. Seguros

Capítulo I: Consultas

01.01 Consulta, diagnóstico. Fichado y plan de tratamiento.

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

01.02 Consulta de urgencia / Consulta estomatológica.

Consulta de Urgencia es toda consulta sin turno previo, que resuelva la demanda espontánea. El beneficiario una vez resuelta la urgencia podrá consultar a su odontólogo general para iniciar el tratamiento definitivo de la patología que lo afecte. No se contempla dentro de esa consulta la realización de prácticas no cubiertas, a excepción del cementado de puentes y coronas que no requieran de restauración protética. Esta será aplicada a toda prestación que no constituya paso intermedio y/o final de tratamiento. Se reconocerá una cada 3 meses (si fuera necesario). Se debe establecer en todos los casos el motivo de la misma; Ej.: pericoronaritis, estomatitis, cementado de coronas y puentes, punción y drenaje de abscesos, flemones, hemorragias, alveolitis, etc. No podrá facturarse en caso de hemorragia, alveolitis, si la extracción la realizó el mismo profesional. Cuando se factura éste código no es necesario enviar la ficha catastral, ni confeccionar la historia clínica, sólo debe indicarse el motivo que dio origen a dicha prestación en el bono.

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

Capítulo II: Obturaciones

02.01 Obturación simple con amalgama o resina de autocurado.

Comprende todos los tratamientos de los tejidos duros del diente para resolver los daños provocados por la caries dental que involucre las fosas y fisuras de la pieza dental.

02.02 Obturación compuesta con amalgama o resina de autocurado.

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

02.04 Reconstrucción con tornillo.

Se reconocerá ésta práctica con la presentación de la Rx postoperatoria utilizada para el cementado de tornillo.

02.08 Restauración simple con material estético.

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

02.09 Restauración compuesta o compleja con material estético.

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

Normas generales Capítulo II

Las obturaciones contemplan todos los materiales de restauraciones científicamente reconocidos, como así también, las técnicas, instrumental y equipamiento que el profesional crea más conveniente en la reconstrucción de la pieza dentaria. Por pieza dental se reconocerá como máximo dos códigos 02.01 o 02.08, según corresponda, o un código 02.02 o 02.09. Las obturaciones tendrán un tiempo de vigencia de 24 meses, lapso en el cual el sistema no abonará otra restauración si es realizada por el mismo profesional.

Capítulo III: Endodoncia

03.01 Tratamiento inflamatorio pulpar unirradicular.

03.02 Tratamiento inflamatorio pulpar multirradicular.

03.05 Biopulpectomía parcial.

Cuando se realice esta práctica no se reconocerá otro tratamiento de endodoncia y su correspondiente restauración coronaria hasta un año después de efectuada la misma, si es realizada por el mismo profesional.

03.06 Tratamiento momificante en adultos.

El tratamiento momificante se reconocerá sólo en dientes posteriores.

Normas generales Capítulo III

Todo tratamiento de Endodoncia debe acompañarse con Rx pre y post operatorias. En caso de reobturación de un conducto, debe efectuarse la aclaración por medio del profesional actuante que justifique dicha necesidad, la que se evaluará por la Auditoría para su reconocimiento. El valor de las Rx está incluido en el de cada código de éste Capítulo, no así la conductometría que se factura con el tratamiento realizado. Para reconocer un tratamiento de Endodoncia, debe visualizarse en la Rx post-operatoria la correcta preparación de los conductos y que el material de obturación radiopaco llegue hasta el límite cemento dentinario (1 milímetro aproximadamente del extremo anatómico del diente). De no cumplirse esta norma, la auditoria podrá solicitar al prestador los elementos de juicio que lo justifiquen, para su reconocimiento. La obturación de conductos radiculares que sobrepase el límite radicular cemento dentinario o llegue a ocupar la zona periapical a distancia del tratamiento efectuado (y sea un material no reabsorbible por los tejidos periapicales) está contraindicada, quedando la Auditoría facultada a solicitar al prestador los fundamentos para su reconocimiento. No se podrá facturar una nueva endodoncia durante el período de 3 (tres) años, salvo caso de autorización previa por parte de la Auditoría.

Capítulo V: Odontología preventiva

05.01 Cepillado mecánico. Consulta preventiva, detección y control de placa.

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

05.02 Topicación con flúor.

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

05.05 Selladores de surcos, fosas y fisuras.

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

05.06. Aplicación de cariostáticos en temporarios. Por cuadrante.

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

Capítulo VII: Odontopediatría

07.01 Motivación. Hasta tres consultas.

Se reconocerá hasta los 13 años de edad, incluye el fichado (código 01.01) y se puede facturar cada 12 meses.

07.04 Tratamiento en dientes temporarios con formocresol.

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

07.06.00 Reducción de luxación con inmovilización dentaria.

07.07.00 Reducción total (reimplante) e inmovilización dentaria.

07.08.00 Protección pulpar directa en dientes permanentes.

Capítulo VIII: Periodoncia

08.01 Consulta periodontal. Diagnóstico y pronóstico.

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

08.02 Tratamiento de gingivitis (Por arcada).

Comprende todos los cuadros gingivales, de cualquier etiología. Incluye tartrectomía (0501), raspaje, control de placa, enseñanza de cepillado y evaluación, eventual gingivoplastia. Se reconoce cada 12 meses y se considera un tratamiento por arco dentario.

08.03 Tratamiento de periodontitis destructiva leve. Por sector.

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

08.04 Tratamiento de periodontitis destructiva severa. Por sector.

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

Capítulo IX: Radiología

09.01.00 Rx simple. Periapical o Bitewing.

Técnica de cono corto o largo. Se admiten como máximo dos Rx por ficha, debiendo indicar el motivo de las mismas. Para su reconocimiento las Rx deben presentarse en un sobre adecuado y en el que conste el nombre y apellido, número de beneficiario y Obra Social respectiva. La falta de cualquiera de estos requisitos será causa suficiente para no reconocer la práctica o ser devuelta para su cumplimentación.

09.02.00 Radiografía oclusal.

Se admiten como máximo dos por ficha.

09.03.00 Radiografías media seriada.

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

09.04.00 Radiografías seriada.

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

09.06.00 Pantomografía.

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

09.07.00 Telerradiografía cefalométrica.

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

Capítulo X: Cirugía bucal

Cirugía Grupo I

10.01.02 Alveolectomía estabilizadora o correctiva.

10.01.03 Biopsia por punsión o aspiración.

10.01.04 Extracción de dientes o restos radiculares retenidos simples.

10.01.05 Extracción dentaria simple.

10.01.06 Incisión y drenaje de absesos.

10.01.07 Liberación de dientes retenidos.

10.01.08 Plástica de comunicación buco-sinusal.

10.01.10 Reimplante dentario inmediato al traumatismo.

10.01.13 Tratamiento de herida de tejidos blandos simples.

10.01.16 Frenectomía.

Cirugía Grupo II

10.02.02 Apicectomía - Germectomía.

10.02.04 Extracción de dientes o restos radiculares retenidos complejos.

Normas generales Capítulo X

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