

Modalidad Operativa Específica

Odontología



 **JERÁRQUICOS**
Salud

¡Hola!

En esta Modalidad Operativa vas a encontrar detallados los requisitos para gestionar todo lo que necesites.

Contenido

ACERCA DE LA DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR	3
PRÁCTICAS QUE NO REQUIEREN PREVIA AUTORIZACIÓN	4
DETALLE Y MODALIDAD POR PRÁCTICA	4
PRÁCTICAS QUE REQUIEREN PREVIA AUTORIZACIÓN	15
PRÓTESIS ODONTOLÓGICAS	16
IMPLANTES	18
ORTODONCIA/ORTOPEDIA/CORRECCIÓN DE MAL POSICIONES DENTARIAS	18
ESTUDIOS TOMOGRÁFICOS Y OTROS	21
CIRUGIAS ORTOGNÁTICAS	22

IMPORTANTE: La presente modalidad operativa específica para prestadores, es de cumplimiento obligatorio, “anexa” a la Modalidad Operativa General para Prestadores. De no cumplimentar con la misma, en algunos de los puntos establecidos, se aplicará una deducción (total o parcial) a la facturación, según corresponda.

ACERCA DE LA DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

PRESCRIPCIÓN ODONTOLÓGICA

La misma deberá ser realizada por el Odontólogo tratante en ficha catastral, con letra perfectamente legible y deberá contar con los siguientes datos:

- ▶ Datos del socio (N° de socio, nombre y apellido).
- ▶ Fecha de prestación.
- ▶ Odontograma completo. (01.01 y 08.12 como requisito excluyente).
- ▶ Código de la práctica.
- ▶ Observaciones (Particularidades técnicas a tener en cuenta por el auditor) (Si aplica)
- ▶ Diagnóstico (Si aplica)
- ▶ Firma y Sello del Profesional.

[Ver modelo de Prescripción Odontológica](#)

CANTIDAD DE PRESTACIONES MENSUALES

El profesional podrá facturar la cantidad de hasta tres (3) prestaciones de Odontología General por socio, más cuatro (4) del capítulo de prótesis. Pudiendo facturar en un mismo mes hasta siete (7) códigos por mes por paciente.

Tener en cuenta: La combinación sólo se debe realizar de la manera descrita en el párrafo anterior, de manera tal que no podrán reemplazarse las cantidades de sus géneros, ej: facturar tres (3) prestaciones de prótesis y cuatro (4) de odontología general.

PRÁCTICAS QUE NO REQUIEREN PREVIA AUTORIZACIÓN

[Ver Listado de Prestaciones que No Requieren de Autorización Previa](#)

DETALLE Y MODALIDAD POR PRÁCTICA

CAPÍTULO I – Consultas

01.01 Consulta de relevamiento bucal: Comprende examen, diagnóstico y plan de tratamiento. Se considera como primera consulta y comprende la confección de historia clínica odontológica (Cada 12 meses cuando se trate del mismo profesional).

Tener en cuenta: Presentar odontograma completo como requisito excluyente.

01.02 Consulta no programada o de urgencia: Aplicada a toda consulta sin turno previo (No constituye paso intermedio y/o final de tratamiento), que resuelva la demanda espontánea. El beneficiario una vez resuelta la urgencia podrá consultar a su odontólogo para iniciar el tratamiento definitivo de la patología que lo afecta. Se reconocerá una cada 3 meses (si fuera necesario). Para facturar deberá indicar el motivo que dio origen a dicha prestación, indicando pieza y/o sector tratado. No podrá facturarse en caso de hemorragia, alveolitis, control de pacientes tratados quirúrgicamente (Si la extracción ha sido realizada por el mismo profesional).

Tener en cuenta: No se abonarán consultas de urgencia por certificado bucodental.

CAPÍTULO II – Operatoria Dental

IMPORTANTE: Las prestaciones del presente capítulo contemplan todos los materiales de la restauración científicamente reconocidos como así también las técnicas, instrumentación y equipamiento que el profesional crea más conveniente en la reconstrucción de la pieza dentaria (Ej: Lámpara Halógena, matrices preformadas, etc).

- 02.01. Restauraciones convencionales simples a piezas dentarias:** Comprende todos los tratamientos de los tejidos duros del diente para resolver los daños provocados por la caries dental que involucren las fosas y fisuras de la pieza dental. Ej: fosa oclusal y surco vestibular (OV), lingual o palatino,(OL, OP),caries gingival, y en dientes que no tengan su vecino próximo y la caries se limite a una sola cara. Dicha pieza dentaria solo 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 02.02. en forma conjunta o cuando dicha patología se presente en la pieza dentaria. En caso de hacer micro-obturación deben sellarse las fosas y fisuras restantes. Cuando se obture por separado distintas fosas de la cara oclusal, se considerará como una única obturación simple. En el caso de realizar grandes cavidades en caras libres conectadas (VO, OL, OP) donde la destrucción de la cara libre no se limita solo al surco funcional, sino que abarca más del 50% de dicha cara se podrá facturar como dos Cód. 02.01 independientes.
- 02.02. Restauraciones compuestas de piezas dentarias:** Comprende todos los tratamientos de los tejidos duros del diente provocados por la caries dental que abarquen las caras proximales y que deban hacerse abordaje por otra cara. Ej: OM – MOD – OD: en el caso de que presente una caries en la fisura o fosa de las caras vestibular, lingual o palatina o caries gingival independiente de la lesión original, podrá facturarse además un código 02.01., el cual podrá facturarse en forma conjunta o cuando dicha patología se presente. En caso de dientes anteriores, se podrá facturar un cod. 02.02 cuando la caries abarque 2 caras Ej: (MP), en el caso de que sea necesaria otra obturación compuesta en la misma pieza dental, Ej: (DP) , se podrá facturar un código 02.01., pero de ninguna manera se podrá facturar 2

códigos 02.02. en forma conjunta en la misma pieza. Ej: 02.02. en 11 (MO) o (MIP); 02.01. en 11 (DP) (V) (D) (G). En caso de reconstrucción de un ángulo se deberá facturar un código 02.02. Ej.: 02.02. en 11 (MIP) o (DIP). Sea cual fuera la ubicación de la caries en una misma pieza dentaria, solo podrá facturarse como máximo, 2 códigos 02.01.; o 1 código 02.01 mas 1 código 02.02 ,o 1 código 02.09.

02.09. Restauraciones complejas de piezas dentarias: Comprende a todas aquellas restauraciones de mayor complejidad donde deban realizarse reconstrucciones de dos ángulos (ángulos mesial y distal), carillas o cúspides en dientes anteriores o posteriores. Incluye 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 02.09., la lesión debe abarcar cinco (5) caras del diente claramente especificadas en la ficha. También se puede abarcar cuatro (4) caras en dientes posteriores con Rx comprobatoria, la que no está incluida en el valor del código; (facturar por separado).

Tener en cuenta: Las obturaciones tendrán un tiempo de vigencia de 24 Meses para la misma pieza dentaria, lapso en el cual no se abonará otra restauración si es realizada por el mismo profesional.

CAPÍTULO III – Endodoncia

Normas Generales:

A efectos de reconocer todo tratamiento de endodoncia, deberá visualizarse en la radiografía post-operatoria la correcta preparación de el/los conductos radiculares y que el material de obturación radiopaco llegue hasta el límite cemento dentinario (a un milímetro aproximadamente del extremo anatómico del diente). En caso de no cumplirse esta norma, la Auditoría podrá solicitar al prestador los elementos de juicio que justifiquen el no cumplimiento de la misma y al solo 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 Auditoría facultada a solicitar al prestador el fundamento de la misma para su reconocimiento.

IMPORTANTE Re-tratamiento: Para su reconocimiento el profesional deberá indicar el motivo que fundamenta dicha práctica, la cual será evaluada por la auditoría para su reconocimiento.

03.01. Tratamiento pulpar de 1 conducto.

03.02. Tratamiento pulpar de 2 conductos.

03.03. Tratamiento pulpar de 3 conductos.

03.04. Tratamiento pulpar de 4 conductos.

03.05. Tratamiento pulpar parcial: Aplicable a piezas dentarias permanentes, que no completaron su periodo eruptivo y por consiguiente su completo desarrollo apical, que por algún motivo, (caries, fracturas, etc.) se provoca una exposición pulpar vital que determina efectuar dicha práctica con el fin de permitir la maduración apical. 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. Para facturar dicho código es requisito excluyente la demostración radiográfica de las piezas dentarias tratadas con ápices inmaduros, que no han completado su desarrollo. Caso contrario se debitará.

- 03.06. Tratamiento momificante con formocresol:** Se refiere a tratamiento con formocresol solamente en dientes temporarios anteriores y posteriores que no se encuentren en período de recambio. No se reconoce en dientes permanentes.
- 03.07. Protección indirecta:** 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 superados los seis meses posteriores de la protección, a excepción de radiografías 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.

Tener en cuenta: Al facturar una prestación incluida en el capítulo III, deberá enviar radiografía comprobatoria como requisito excluyente.

CAPÍTULO V – Odontología Preventiva

- 05.02. Consulta preventiva. Terapias fluoradas:** Incluye tartectromía y cepillado mecánico, detección y control de la placa bacteriana, enseñanza de técnicas de higiene. Se cubrirá hasta los 18 años, cada 6 meses. Comprende aplicación de fluor, tópico, barniz y colutorios. (Incluye al código 05.04)
En pacientes que se encuentren dentro del programa “Materno Infantil – Madre” o programa de “Discapacidad” se podrá facturar cada 4 Meses (Sin límite de edad).
- 05.03. Inactivación de policaries:** Se reconocerá hasta los 10 años de edad. Cuando los mismos presenten simultáneamente más de 6 caries activas en la boca, se permitirá por única vez como complemento de un tratamiento y deberá involucrar las mismas piezas que se marquen con caries activas en odontograma.

- 05.04. Consulta preventiva. Detección, control de placa bacteriana y enseñanza de técnicas de higiene bucal:** Comprende enseñanza de técnicas de cepillado, uso de elementos de higiene interdentarios, asesoramiento dietético y revelado de placa. Incluye monitoreo anual. Se reconocerá una vez cada 12 meses y hasta los 12 años de edad. Con un máximo de 2 códigos por el mismo Profesional. En caso de requerir su repetición, deberá adjuntar historia clínica que justifique la realización de la práctica.
- 05.05. Sellantes de surcos, fosas y fisuras:** Esta práctica se reconoce cada 24 meses, hasta los 15 años de edad en piezas permanentes. Dentro del período de cobertura, el Profesional no podrá efectuar prestaciones del capítulo II.

CAPÍTULO VII – Odontopediatría

- 07.01. Consultas de motivación:** Se cubrirá hasta los 15 años de edad, cada 6 meses con un máximo de 4 códigos por el mismo profesional. Incluye al código 01.01 (Consulta diagnóstica, examen y plan de tratamiento).
- 07.02. Consultas de motivación en pacientes mentalmente discapacitados:** Se cubrirá sin límite de edad, cada 3 meses con un máximo de 8 códigos por el mismo profesional. El paciente deberá poseer programa de discapacidad vigente, como requisito excluyente para su facturación.
- 07.03. Corona metálica de acero y similares:** Se cubrirá en piezas temporarias con tratamiento de formocresol o gran destrucción coronaria, cuando la pieza no se encuentre dentro del periodo de exfoliación, en primeros molares permanentes hasta los 15 años de edad. No se reconocerá obturación debajo de las coronas.
- 07.04. Mantenedor de espacio removible:** Por única vez, independientemente del nro de dientes a reemplazar.

07.05. Mantenedor de espacio fijo: Se cubrirá por única vez por pieza dentaria y en pacientes de hasta 10 años inclusive. Incluye corona o banda y ansa de alambre de apoyo o tornillo de expansión.

CAPÍTULO VIII – Periodoncia

08.11. Consulta de estudio, diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento: Esta práctica incluye la confección de la ficha periodontal respectiva y odontograma (Diagrama dentario). Donde deberá reflejar: niveles de corticales óseas, niveles de inserción gingival, profundidad de bolsa, índice de sangrado, índice de movilidad dental e indicar piezas ausentes. La cual será obligatoria para el reconocimiento de los códigos 08.16 y/o 08.17 junto con las Rx comprobatorias del tratamiento completo, caso contrario será pasible de débito. Se reconocerá cada 24 meses. No incluye al código 01.01.

08.12. Tratamiento de gingivitis (Por arcada): Aplicable a todos los cuadros gingivales cualquiera sea su etiología. Comprende destartraje manual o mecánico, detección y control de placa bacteriana y eventual gingivoplastia. Se reconocerá cada 12 meses y se considera un código 08.12 por arco dentario.

IMPORTANTE: Para su reconocimiento, deberá presentar odontograma completo indicando piezas presentes y ausentes. De 1 a 5 piezas dentarias por arcada, deberá facturar el código 08.12.50 (50 %).

- 08.13. Enseñanza de técnicas de Higiene Oral y detección de placa bacteriana:** Comprende enseñanza de técnicas de cepillado, uso de elementos de higiene interdentarios, asesoramiento dietético y revelado de placa. Se reconocerá cada 24 meses y a partir de los 13 años de edad. Con un máximo de 2 códigos por el mismo Profesional.
- 08.14. Controles post tratamiento sin instrumentación:** Comprenderá todas las acciones necesarias para conservar la salud periodontal en pacientes que hayan recibido este tratamiento. Se reconocerá cada 4 meses, a partir de los 12 años. Incluye al código 08.15
- 08.15. Controles post tratamiento con instrumentación:** Comprenderá todas las acciones necesarias para conservar la salud periodontal en pacientes que hayan recibido este tratamiento. Se reconocerá cada 4 meses, a partir de los 12 años de edad. Incluye al código 08.14
- 08.16. Tratamiento de periodontitis leve o moderada:** Bolsas de hasta 5mm (Por elemento dentario). Incluye al 08.12 – 08.14 y 08.15. Se reconocerá cada 24 meses.
- 08.17. Tratamiento de periodontitis destructiva severa:** Bolsas de 6 mm o más (Por elemento dentario). Incluye al 08.12 – 08.14 y 08.15. Se reconocerá cada 24 meses.

IMPORTANTE (08.16/08.17.): Podrán facturarse en un mismo mes, la totalidad de las piezas existentes en un maxilar (Superior/Inferior) indicando un código por pieza dentaria. Los estudios comprobatorios del tratamiento completo, deberán encontrarse adjuntos en la facturación del código 08.11.

CAPITULO IX – Radiología

- 09.01.01. Rx periapical. Técnicas de cono corto o cono largo. Bite Wind:** Para su facturación, deberá indicar diagnóstico que da origen a dicha práctica.
- 09.01.02. Rx media seriada de 5 a 7 películas:** Para su facturación, deberá indicar diagnóstico que da origen a dicha práctica. Se reconocerá cuando la integran de 5 a 7 películas.
- 09.01.03. Rx seriada de 8 a 14 películas:** Para su facturación, deberá indicar diagnóstico que da origen a dicha práctica. Se reconocerá cuando la integren de 8 a 14 películas.
- 09.06.00. Pantomografía:** Para su facturación, el profesional deberá aclarar por escrito el motivo y/o diagnóstico presuntivo que origina el pedido y que justifique la realización de la práctica.
- 09.07.00. Teleradiografía:** Para su facturación, el profesional deberá aclarar por escrito el motivo y/o diagnóstico presuntivo que origina el pedido y que justifique la realización de la práctica.
- 09.02.06. Rx oclusal:** Para su facturación, deberá indicar diagnóstico que da origen a dicha práctica.

Tener en cuenta: Las radiografías deben enviarse en sobre con nombre y apellido, identificando N° de pieza dental, reuniendo todos los requisitos de una placa radiográfica, de lo contrario será pasible de débito. Ej.: Rx comprobatorias – Endodoncias – Cirugía.

Las radiografías 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.

CAPÍTULO X – Cirugía Bucal

Norma general:

10.01. Extracción dentaria simple:

IMPORTANTE: En piezas dentarias temporarias que se encuentran en período de recambio y se realiza su extracción, deberá facturar el código 10.01.50 (50 %). Caso contrario enviar Rx comprobatoria para su reconocimiento al 100 %.

10.02. Plástica de común buco-sinusal con riesgo previo similar a extracción: Como riesgo previsto simultaneo a la extracción. Para su reconocimiento deberá acompañarse la radiografía preoperatoria que justifique la realización de la práctica.

10.03. Biopsia por punción o aspiración: Con historia clínica (No incluye el estudio anatomopatológico).

10.04. Alveolectomía estabilizadora (por 6 zonas): Con rx pre (Aplicable a sectores que por realizar extracciones múltiples, se deba regularizar reborde alveolar para alojar prótesis).

10.05. Reimplante dentario inmediato al traumatismo e inmovilización: Se reconocerá por única vez en la misma pieza, con rx post operatoria.

10.07. Biopsia por escisión: Con historia clínica (No incluye el estudio anatomopatológico).

10.08. Alargamiento quirúrgico de la corona clínica: Aplicable a piezas dentarias que por motivos protésicos, sea necesario realizar gingivectomía y osteoplastia que sea visible en Rx Pre.

- 10.09. y 10.10.** **Extracción de dientes retenidos/germectomía:** Piezas dentarias en posición horizontal, invertida, transversal, en posiciones totalmente anormales o con una anatomía dentaria anormal que justifique dicha intervención. Con Rx pre y post operatoria.
- 10.11.** **Liberación de dientes retenidos:** Con Rx pre operatoria.
- 10.12.** **Apicectomía:** Con Rx pre operatoria.
- 10.13.** **Tratamiento de osteomielitis:** Con Rx pre operatoria.
- 10.14.** **Extracción de cuerpo extraño:** Con Rx pre operatoria. Aplicable a todo elemento ajeno a biología ósea dentaria (Ej. Placas, tornillos, implantes dentarios)
- 10.15.** **Alveolectomía correctiva por zona (6 zonas):** Con Rx pre operatoria. Deberá indicar la circunstancia clínica que da origen a la prestación y zona intervenida.
- 10.16.** **Quistectomía o extirpación de tumores en tejidos duros:** Con Rx pre operatoria.
- 10.17.** **Extirpación de tumores de tejidos blandos:** Con historia clínica.
- 10.18.** **Extracción con Alveolectomía externa de pieza dental y restos radiculares complejos:** Con Rx pre operatoria.

IMPORTANTE: En el presente capítulo, la auditoría podrá solicitar la documentación que estime necesaria (Ficha dental, historia clínica, radiografías, etc.) y que justifique la realización de la práctica.

PRÁCTICAS QUE REQUIEREN PREVIA AUTORIZACIÓN

CONDICIONES GENERALES

Expediente de Autorización de prestaciones Odontológicas (Ambulatorio)

El mismo deberá contar con los siguientes datos:

- ▶ Datos del Profesional o Establecimiento.
- ▶ Firma y Sello del Profesional.
- ▶ Conformidad del Socio.
- ▶ Fecha de prestación.

Tener en cuenta: Todo expediente de prestación odontológica ambulatoria tendrá una validez de 6 (Seis) meses corridos a partir de la fecha de resolución del mismo. Una vez concluido dicho período, el prestador no podrá facturar el expediente. En ese caso el socio deberá solicitar una nueva autorización.

[Ver expediente de autorización de prestaciones ambulatorias](#)

IMPORTANTE: Previo a realizar toda prestación detallada a continuación ver: "Modalidad operativa general para prestadores"; 09 MODALIDAD DE ATENCIÓN ESPECÍFICAS; 11 Prestaciones que requieren autorización previa.

PRÓTESIS ODONTOLÓGICAS

CONDICIONES GENERALES

En todos los casos se reconocerán fuera del período de cobertura de otros capítulos, según consideración de auditoría.

Será requisito excluyente, no presentar patología bucal preexistente (boca en perfecto estado de salud).

Se reconocerán 4 códigos de prótesis por afiliado por mes, pudiendo combinarse con otros capítulos.

04.01.02 Incrustaciones. Cavidad compuesta y compleja: Se aceptará en lesiones que abarquen tres o más paredes, que no permitan la colocación de matriz para reconstrucción plástica directa y/o en reconstrucciones post endodónticas. Incluye retención intraradicular, no debiendo facturarse como perno. Con Rx Pre y Post como requisito excluyente para su facturación. Deberá marcar en odontograma caras que abarca la lesión.

04.01.08 Perno muñón simple o compuesto: Se reconocerá un perno por pieza dentaria, metálico o plástico, independientemente del número de anclajes intrarradiculares. Es requisito excluyente presentar tallado de porción coronaria (Muñón) con todas las indicaciones que se tienen en cuenta para alojar una corona protésica. La falta de dicho requisito será pasible de débito. Para su facturación deberá presentar Rx Pre y Post. Los códigos 04.02. deberán incluir las piezas que reemplazan en odontograma de ficha. Diagrama del aparato protésico.

04.02.07 Prótesis parcial de acrílico (Provisoria): se reconoce por única vez (De premolar a premolar) cualquiera sea el número de dientes, aplicable a tratamientos con implantes o prótesis fija que requieran provisorios removibles. No aplicable a tratamientos de prótesis removibles definitivas.

04.04.12 Placa de relajación: Se reconocerá a partir de los 17 años cumplidos, la misma debe ser confeccionada en acrílico termocurado (no vacupress), no es utilizable como contención de Ortodoncia (Ya que el mismo esta contemplado en el valor del tratamiento de Ortodoncia). Cada 18 meses, en caso de solicitarse periódicamente, deberá presentar justificación, la cual quedará a criterio de auditoría para su aceptación.

Los códigos 04.01., excepto 04.01.11 y 04.01.12 se reconocerán con Rx Pre y Post operatoria como requisito excluyente para su facturación.

El código 04.04.10, se reconocerá 1 vez cada 12 meses a partir de la fecha de instalación de la prótesis.

El código de compostura, será indispensable aclarar el tipo y sector de la reparación, de lo contrario se debitará la práctica.

PERÍODO DE COBERTURA

CÓDIGOS 04.01.... 5 años.

CÓDIGOS 04.02.... 3 años.

CÓDIGOS 04.03.... 3 años.

CÓDIGOS 04.04.... 18 meses.

IMPLANTES

Códficación: OD-4701

CONSIDERACIONES GENERALES

Para facturar, deberá adjuntar al expediente de autorización de prestaciones odontológicas las radiografías comprobatorias pre y pos tratamiento. Se abonará por única vez en la posición solicitada y hasta 3(Tres) por año calendario.

IMPORTANTE: Alcance de cobertura (Planes): PMI 2000; PMI 3000; PMI Jub 2000; PMI Jub 3000. Diferencia arancelaria del tratamiento, a cargo del socio en consultorio.

ORTODONCIA/ORTOPEDIA/CORRECCIÓN DE MAL POSICIONES DENTARIAS

INDICACIONES

Maloclusión dentoalveolares.

Hábito

Mordida cruzada uni o bilateral.

CONSIDERACIONES GENERALES

06.01 Consulta Ortodoncia/Ortopedia (No requiere previa autorización)

Para su facturación deberá enviar ficha catastral completa e informe morfo-funcional del socio/paciente con descripción del tratamiento.

06.02.00 Ortopedia / Ortodoncia interceptiva

Se reconocerá hasta los 14 años de edad, por única vez por paciente. Para su facturación deberá enviar:

- ▶ Ficha catastral
- ▶ Expediente autorizado

06.02.01 Control Ortopedia (Cinco controles)

Podrá facturar el primer control a los 4 meses del inicio de tratamiento. Los cuatro controles restantes para finalizar el mismo deberán ser facturados con un intervalo de 3 meses entre sí. Para su facturación deberá enviar ficha catastral, identificando número de expediente del tratamiento autorizado (Será pasible de débito la omisión de este dato) y documento: "Conformidad de tratamiento" completo (Tercer y quinto control), el cual es enviado al socio junto con la resolución del expediente.

IMPORTANTE: Al facturar el tercer y quinto control de ortopedia deberá adjuntar el documento "Conformidad de tratamiento" completo, el cual es enviado al socio junto con la resolución del expediente.

[Ver documento: Conformidad de tratamiento](#)

06.03.00 Ortodoncia Correctiva.

Se reconoce a partir de los 15 años de edad, mediante brackets metálicos y exclusivamente con el fin de brindar solución a un problema de salud y no estético. Para su facturación deberá enviar:

- ▶ Ficha catastral
- ▶ Expediente autorizado

06.03.01 Control Ortodoncia (Cinco controles)

Podrá facturar el primer control a los 4 meses del inicio de tratamiento, los cuatro restantes para finalizar el mismo deberán ser facturados con un intervalo de 3 meses entre sí. Para su facturación deberá enviar ficha catastral, identificando número de ex-

pediente del tratamiento autorizado (Será pasible de débito la omisión de este dato) y documento: “Conformidad de tratamiento” completo (Tercer y quinto control), el cual es enviado al socio junto con la resolución del expediente.

IMPORTANTE: Al facturar el tercer y quinto control de ortodoncia deberá adjuntar el documento “Conformidad de tratamiento” completo como requisito excluyente para su facturación, el cual es enviado al socio junto con la resolución del expediente.

[Ver documento: Conformidad de tratamiento](#)

Tener en cuenta: El tratamiento autorizado incluye contención.

06.04.00 Corrección de mal posiciones dentarias

Se reconocerá por única vez y en piezas permanentes. Para su facturación deberá enviar:

- ▶ Ficha catastral
- ▶ Expediente autorizado.

A CARGO DEL AFILIADO

- ▶ Pérdida de aparatología instalada, reposición o rotura por uso indebido de la misma
- ▶ Brackets estéticos
- ▶ Compostura de aparatología

IMPORTANTE: Alcance de cobertura (Planes): PMI 2000; PMI 3000.

ESTUDIOS TOMOGRÁFICOS Y OTROS

Codificación:

- O09.03.01 Tomografía 3D BI-MAXILAR**
- O09.03.02 Tomografía monomaxilar - Sistema cone beam**
- O09.03.03 Tomografía regional (1 a 3 Piezas) Una zona**
- O09.03.04 Tomografía de ATM por lado (A boca abierta / boca cerrada)**
- O09.03.05 Tomografía – Una sola toma – ATM**
- O99.00.14 Estudio cefalométrico**

CONSIDERACIONES GENERALES

Requisitos para su facturación:

- ▶ Prescripción médica original y/o ficha catastral completa.
- ▶ Expediente Autorizado.
- ▶ Informe.

CIRUGIAS ORTOGNÁTICAS

INDICACIONES

Asimetría facial

Prognatismo

Hipoplasia mandibular.

CONSIDERACIONES GENERALES

Cirugía Ortognática Maxilar + Mentoplastía: se deben facturar Honorarios por O10.45 al 100% y por O10.44 al 50%; Gastos por 12.06.02 al 100% y por 12.03.03 al 50% por tratarse de un mismo acto quirúrgico.

Tener en cuenta: En el caso de cirugía de un solo maxilar, se reconocerá un código 10.45, sin importar cuál sea el número de fracturas (corrección quirúrgica de deformidades dentofaciales, prognatismo, hipoplasias maxilar superior, laterognatismo)

Cirugía Ortognática Bimaxilar: se deben facturar Honorarios por el primer O10.45 al 100% y por el restante al 50%; Gastos por el primer 12.06.02 al 100% y por el restante al 50%, por tratarse de un mismo acto quirúrgico.

Cirugía Ortognática Bimaxilar + Mentoplastía: se deben facturar Honorarios por el primer O10.45 al 100% y por el restante al 50% + el O10.44 al 50%. Gastos por el primer 12.06.02 al 100% y por el restante al 50% + el 12.03.03 al 50%, por tratarse de un mismo acto quirúrgico.

Las ortodoncias que devengan del tratamiento quirúrgico de una cirugía ortognática tendrá la cobertura del Plan de salud del socio (una ortodoncia).

REQUISITOS PARA SU FACTURACIÓN

- ▶ Pedido médico original.
- ▶ Protocolo quirúrgico.
- ▶ Autorización de Mutual Jerárquicos Salud con los datos completos.

IMPORTANTE: La cirugía ortognática incluye todas las consultas posteriores hasta el alta del paciente por esta patología. Toma de impresiones, construcción de modelos, montaje en articular, construcción de splint de acrílico. Equipo quirúrgico (instrumental específico, micromotores, piezas de mano, fresas quirúrgicas, sierra oscilante y reciprocante, entre otras).

IMPORTANTE: La Mutual Jerárquicos Salud cuenta con un área exclusiva para prestadores www.jerarquicos.com donde podrá consultar acerca de las prácticas que requieren autorización para su correspondiente facturación. <http://www.jerarquicos.com/prestadores/>

JERÁRQUICOS SALUD

Av. Facundo Zuviría 4584
Línea directa prestadores: 0800 888 5040
prestadores@jerarquicos.com
www.jerarquicos.com/Prestadores