

SERVICIO ODONTOLÓGICO

# NORMAS DE AUDITORÍA, OPERATIVAS

**Odontología General**

# ÍNDICE

## **NORMAS OPERATIVAS GENERALES**

1. PRODUCTO. PLANES. CONVENIOS	Pág. 5
2. NOMENCLADOR	Pág. 6
3. ACREDITACIÓN DEL ASOCIADO. MODELOS DE CREDENCIALES	Pág. 6
4. REQUISITOS PARA BRINDAR EL SERVICIO	Pág. 7
5. COBERTURA	Pág. 7
6. MODALIDAD DE ATENCIÓN	Pág. 7
6.1. Prestaciones que NO requieren de Autorización Previa	Pág. 7
6.2 Prestaciones que requieren de Autorización Previa	Pág. 8
7. MEDICAMENTOS EN AMBULATORIO	Pág. 10
8. REQUISITOS QUE DEBEN CUMPLIMENTAR LOS PEDIDOS ODONTOLÓGICOS	Pág. 11
9. ACTUALIZACIÓN LISTADO DE PRESTADORES	Pág. 12

## **NORMAS OPERATIVAS PARA LA FACTURACIÓN DE PRESTACIONES**

1. CONSIDERACIONES OPERATIVAS A TENER EN CUENTA PARA LA FACTURACIÓN DE PRESTACIONES	Pág. 14
---	---------

## **NORMAS DE AUDITORÍA PARA LA FACTURACIÓN DE PRESTACIONES**

2. CONSIDERACIONES DE AUDITORÍA A TENER EN CUENTA PARA LA FACTURACIÓN DE PRESTACIONES	Pág. 17
2.A. Odontología General	Pág. 17
2.B. Capítulo 1 -Consultas-	Pág. 18
2.C. Capítulo 2 -Operatoria Dental-	Pág. 18
2.D. Capítulo 3 -Endodoncia-	Pág. 19

# ÍNDICE

2.E. Capítulo 5 -Odontología Preventiva-	Pág. 25
2.F. Capítulo 6 -Ortodoncia-	Pág. 25
2.G. Capítulo 7-Odontopediatría-	Pág. 25
2.H. Capítulo 8 -Periodoncia-	Pág. 26
2.I. Capítulo 9 -Radiografía-	Pág. 27
2.I.1. Subcapítulo 0901 -Intraorales/Intramolares	Pág. 27
2.I.2. Subcapítulo 0902 -Extramolares	Pág. 27
2.J. Capítulo 10 -Cirugía Bucal-	Pág. 28

# 1. PRODUCTOS. PLANES. CONVENIOS

Estas normas son aplicables para los Productos GRAV y NO GRAV, de acuerdo con el convenio vigente del prestador.

***Lo comprendido en estas Normas de Auditoría Odontológicas son aplicables para todos los Planes de SanCor Salud y de los productos AMSS GRAV y AMSS NO GRAV.***

## Planes Segmentos GRAV – NO GRAV

SanCor 6000

SanCor 6000 - GEN

SanCor 5000

SanCor 5000 - GEN

SanCor 4500

SanCor 4500 - GEN

SanCor 4065

SanCor 4065 - GEN

SanCor 4000

SanCor 4000 - GEN

SanCor 3500

SanCor 3500 - GEN

SanCor 3000

SanCor 3000 - GEN

SanCor 3000 R

SanCor 3000 R - GEN

SanCor 3000 B

SanCor 3000 B - GEN

SanCor 1500

SanCor 1500 - GEN

SanCor 1500 R

SanCor 1500 R - GEN

SanCor 1500 B

SanCor 1500 B - GEN

SanCor 1000

SanCor 1000 - GEN

SanCor 1000 R

SanCor 1000 R - GEN

SanCor 1000 B

SanCor 1000 B - GEN

### Planes Segmentos GRAV – NO GRAV

SanCor 500

SanCor F800

SanCor 800V

SanCor 800C

SanCor 800

SanCor D800

SanCor F700

SanCor 700A

SanCor 700

SanCor 700SF

C

## 2. NOMENCLADOR

El menú prestacional de los Planes de SanCor Salud está basado en el P.M.O. (Programa Médico Obligatorio), según Resolución Nro. 201/02 del Ministerio de Salud y sus modificatorias.

***Para más detalle, se adjunta el archivo "DOCUMENTOS ADJUNTOS Odontología General", ver el apartado "NOMENCLADOR ODONTOLÓGICO".***

Las prestaciones no contempladas en el mismo serán consideradas como "no catalogadas" o "no nombradas" para la facturación todas las prestaciones deberán estar previamente convenidas, caso contrario no podrán ser facturadas dado que serán debitadas.

## 3. ACREDITACIÓN DEL ASOCIADO. MODELOS DE CREDENCIALES

Los Asociados de SanCor Salud de todos los Planes acreditan su condición a través de la presentación del Documento Nacional de Identidad y la Credencial Digital desde su teléfono celular o la Credencial Plástica, las características varían en función del Plan contratado, ambas tienen la misma validez para exhibir ante el prestador.

## 4. REQUISITOS PARA BRINDAR EL SERVICIO

Previo a efectuar la atención, el Prestador deberá cumplir los siguientes pasos:

### **A- Solicitar documentación al Asociado que recibirá la prestación:**

- \* Credencial.
- \* Documento de Identidad, como constancia de que el mismo es titular de la credencial.
- \* Orden o Formulario de autorización si corresponde, de acuerdo al Plan y a la prestación a brindar.

## 5. COBERTURA

La cobertura de las prestaciones quedan sujetas a la validación online y de acuerdo al Plan y consumo del Asociado.

**Para más detalle, se adjunta el archivo "DOCUMENTOS ADJUNTOS Odontología General y Prótesis", ver el punto "LISTADO DE COBERTURA".**

## 6. MODALIDAD DE ATENCIÓN

### **7.1. Prestaciones que NO requieren de Autorización Previa**

-Válido para Consultas y Prácticas-

**ODONTOGRAMA:** el prestador deberá cumplimentarlo en su totalidad con letra clara y sin tachaduras, puede utilizar un modelo propio de su entidad Asociada **el que se anexa en el archivo "DOCUMENTOS ADJUNTOS Odontología General" ver el punto "ODONTOGRAMA".**

### **7.2. Prestaciones que requieren de Autorización Previa:**

**Se adjunta el archivo "DOCUMENTOS ADJUNTOS Odontología General y Prótesis", ver punto "LISTADO DE PRÁCTICAS QUE REQUIEREN DE AUTORIZACIÓN PREVIA".**

Los Asociados, deberán gestionar la autorización, a través de los medios habilitados que posee SanCor Salud para tal fin.

Luego del control técnico-administrativo se procederá a emitir el FORMULARIO N° 8 PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA, se adjunta modelo a continuación, si la prestación es autorizada se consignará el N° de autorización, para los casos en que sea rechazada, se indicará el o los motivos de tal determinación.

**El Prestador debe solicitar previo a la atención el Formulario auditado y el Pedido Odontológico.**

**Ambos documentos tienen una validez de 60 días corridos a partir de la fecha de emisión.**



FORMULARIO NRO. 8  
PREST. ODONTOLÓGICAS QUE  
REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

FORMULARIO ELECTRÓNICO

Nro: 00068832



Apellido y NombreXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX CUIL: XXXXXXXXXXXX Número: XXXXXXX / XX Subpr: OSPERSAAMS  
Fecha Nac: 23/08/1992 Fecha de ingreso Serv. Salud: 01/05/2019  
Fecha de ingreso al PlanXXXXXXXXXX Plan: SANCOR 3000  
Entidad Nro: 6004 C.A.R. SANTA FE

**NO GRAV**

DICTAMEN DE AUDITORÍA

Autorizadas... Cód: 0806 Cant: 1 PLACA DE RELAJACION PARA BRUXISMO RIGIDA

SUJETO A AUDITORIA MEDICA POSTERIOR

Form 6:

Observación: DISFUNCION ARTICULAR TEMPOROMANDIBULAR - RUIDO EN APERTURA  
Y CIERRE - BRUXISMO

Nº AUTORIZACIÓN:  
00022693

**\*00022693\***

Número:XXXXXX

Fecha prescripción: xxxxxxxxxxxx

Prestador:XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Fecha finalización trabajo convenido:  
Importe:

Prestador actuante: XXXXXXXXXXXXXXXX

.....  
Firma del Paciente

.....  
Firma y sello del Profesional

VENCIMIENTO FORMULARIO

Fecha:xxxxxxxxx Enviar a:xxxxxxxxx XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

T.E.: MPART

El prestador podrá facturar con este formulario siempre que conste en el mismo el N° de Autorización y se adjunte el original del Pedido Médico.

## 7. MEDICAMENTOS EN AMBULATORIO

La prescripción de medicamentos debe estar completa, se adjunta modelo, con letra clara y legible.

Debe efectuarse expresando el nombre genérico o denominación de la droga.

Deberán respetarse las siguientes normas de prescripción:

Hasta dos (2) productos por RP/recetario como máximo, los cuales podrán ser de distinto genérico o de igual genérico con distinta forma farmacéutica y podrán prescribir:

- Hasta un (1) envase grande, o dos (2) envases chicos en un sólo y único renglón.
- Hasta un (1) envase chico en el renglón restante.
- Antibióticos:
  - Monodosis: hasta cinco (5) ampollas por RP/recetario; desde dos (2) ampollas se considera envase grande
  - Multidosis: hasta dos (2) envases por RP/recetario; se considera envase grande.

Plan C: la cobertura es con Vademécum

### Contenido de la prescripción de medicamentos:

DEL ASOCIADO	DEL PROFESIONAL PRESCRIBIENTE
<ul style="list-style-type: none"><li>• Apellido y Nombre</li><li>• D.N.I.</li><li>• N° de Asociado</li><li>• Plan</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Membrete Profesional o Entidad Sanatorial</li><li>• Dirección y Teléfono</li><li>• Descripción del medicamento genérico o nombre de la droga</li><li>• Cantidad</li><li>• Diagnóstico</li><li>• Fecha de prescripción</li><li>• Firma y sello del profesional</li><li>• Número de matrícula</li></ul>



## 8. REQUISITOS QUE DEBEN CUMPLIMENTAR LOS PEDIDOS ODONTOLÓGICOS

Para la autorización y facturación de las prestaciones realizadas es necesario la presentación del Pedido Odontológico. Deberán estar debidamente cumplimentados, teniendo en cuenta los datos que constan en el modelo adjunto y **ser legibles**, destacando la importancia del diagnóstico, la firma de conformidad del Asociado y sello y firma del profesional actuante.

**Tiene una validez de 60 días a partir de la fecha de emisión.**

### Contenido del Pedido Odontológico:

#### DEL ASOCIADO

- Apellido y Nombre
- D.N.I.
- N° de Asociado
- Plan

#### DEL PROFESIONAL PRESCRIBIENTE

- Membrete Profesional o Entidad Sanatorial
- Dirección y Teléfono
- Nombre de la práctica/s
- Código/s de la práctica/s
- Cantidad
- Diagnóstico
- Fecha de prescripción
- Firma y sello del profesional
- Número de matrícula

**Además, en caso de corresponder detallar elementos o arcadas.**

# NORMAS OPERATIVAS PARA LA FACTURACIÓN DE PRESTACIONES

**Odontología General**

**Lo comprendido en estas Normas de Auditoría Odontológicas son aplicables para todos los Planes de SanCor Salud y de los productos AMSS GRAV y AMSS NO GRAV.**

## **1. CONSIDERACIONES OPERATIVAS A TENER EN CUENTA PARA LA FACTURACIÓN DE PRESTACIONES**

**En los puntos que se detallan a continuación se explicitan los requisitos operativos.**

**1.1** Los Pedidos Odontológicos, Planillas, Órdenes y Formularios deben contar con los siguientes datos: nombre, apellido, N° DNI y N° de Asociado, descripción de la práctica, código, pieza y cara (si lo requiere) diagnóstico, con fecha, firma y sello del profesional actuante, conformidad del Asociado o familiar responsable (firma, aclaración y DNI).

Se acepta Pedido Médico en formato digital.

**1.2** Validar si el Asociado se encuentra vigente para recibir la atención: se debe controlar si el Asociado se encuentra activo, de esta manera previene posibles débitos por Asociado dado de baja o inhabilitado. Para más detalle ver:

**1.3** Acreditación del Asociado: los Asociados de SanCor Salud de todos los Planes acreditan su condición a través de la presentación de la credencial, cuyas características varían en función del Plan contratado, y su Documento Nacional de Identidad. La credencial de plástico y digital tienen la misma validez.

**1.4** Modelos de credenciales: las credenciales vigentes deben ser validadas en forma online por el sistema de conectividad que utilice el prestador, con el fin de conocer si el Plan está convenido y conocer si está activo el Asociado.

**1.5** La Ficha Catastral u Odontograma y Planillas de Facturación son documentos legales, por tal motivo deberán ser cumplimentados con letra clara, sin enmiendas ni tachaduras y con la misma tinta, de lo contrario deberán salvarse con sello y firma del profesional. (\*)

**1.6** La ficha se confecciona a nombre del Asociado y debe consignar su: N°, Plan, DNI, domicilio, fecha de nacimiento, parentesco, edad y teléfono.  
Datos del profesional actuante: apellido y nombre, matrícula, domicilio y teléfono.

**1.7** Todos los trabajos realizados deben ser ratificados, renglón por renglón, con la firma del Asociado o familiar responsable.

*(\*) El incumplimiento de este punto habilitará a la aplicación de un DÉBITO EN FIRME no refacturable y sin envío de la documentación al prestador.*

**1.8** Los Pedidos Odontológicos deberán estar debidamente cumplimentados y ser legibles, destacando la importancia del diagnóstico. (\*)

**1.9** Para las prácticas que requieren Autorización Previa, deberá presentarse junto a la factura el Formulario N° 8 autorizado y el Pedido Odontológico. En prestaciones que no requieren, anexar la Planilla u Orden. (\*)

**1.10** Las prestaciones no contempladas en el Nomenclador Odontológico serán consideradas como "no catalogadas" o "no nomencladas", para la facturación todas las prestaciones deberán estar previamente convenidas, caso contrario no podrán ser facturadas dado que serán debitadas. (\*)

**1.11** Es importante no perforar ni obstruir los códigos de barra en los Formularios y/o Órdenes, a fin de permitir su correcta lectura.

**1.12** Las prestaciones deberán ser facturadas teniendo en cuenta las Normas de Auditoría Odontológica que se detallan en el siguiente punto N° 2. (\*)

*(\*) El incumplimiento de este punto habilitará a la aplicación de un DÉBITO EN FIRME no refacturable y sin envío de la documentación al prestador.*

# NORMAS DE AUDITORÍA PARA LA FACTURACIÓN DE PRESTACIONES

**Odontología General**

## 2. CONSIDERACIONES DE AUDITORÍA A TENER EN CUENTA PARA LA FACTURACIÓN DE PRESTACIONES

En los puntos que se detallan a continuación se explicitan las consideraciones establecidas por nuestra Auditoría Odontológica, que se deberán tener en cuenta a fin de efectuar una correcta facturación.

### 2.A. ODONTOLOGÍA GENERAL

**Reconocimiento para los Capítulos N° II, III, V, VII, VIII y X.** Se fija un TOPE MENSUAL de prestaciones, por profesional y por Asociado.

-Planes **S6000 / S5000 / S4500 / S4065 / S4000 / S3500 / S3000 / S3000B / S3000R / S2000 / S1500 / S1500B / S1500R / S1000 / S1000B / S1000R / S500** de los segmentos GRAV y NO GRAV poseen los siguientes topes:

- . Hasta cuatro (4) prácticas mensuales.
- . Código 0101: una (1) consulta cada 12 meses.

-Planes **S800 / S800V / S800C / F800 / D800** de los segmentos GRAV y NO GRAV poseen los siguientes topes:

- . Hasta tres (3) prácticas mensuales.
- . Código 0101: una (1) consulta cada 12 meses.

-Planes **S700 / S700A / F700 / S700SF** de los segmentos GRAV y NO GRAV poseen los siguientes topes:

- . Hasta dos (2) prácticas mensuales.
- . Código 0101: una (1) consulta cada 12 meses.

-Plan **C** segmento NO GRAV poseen los siguientes topes:

- . Hasta dos (2) prácticas mensuales.
- . Código 0101: una (1) consulta cada 12 meses.

## 2.B. CAPÍTULO 1 -Consultas-

### 2.B-1 Código 01.01 – Consulta. Diagnóstico. Fichado y plan de tratamiento.

Se considera primera consulta al examen, diagnóstico, fichado y plan de tratamiento. Como consecuencia del examen, el fichado deberá reflejar el estado actual de la boca, previo a efectuarse el tratamiento.

Siempre deberá facturarse la consulta acompañada de su correspondiente ficha catastral debidamente completada, sin tachaduras ni enmiendas, con letra clara y legible.

El código 01.01 podrá facturarse por período de 12 meses.

En Asociados derivados por otros profesionales, sólo se podrá facturar la consulta en aquellos casos en que no haya sido posible realizar la práctica solicitada en la derivación.

**2.B-2 Código 01.04 - Consulta de urgencia.** Se considera consulta de urgencia a toda prestación que no constituye paso intermedio y/o final de tratamiento. Se debe establecer en todos los casos el diagnóstico. Ej.: periocoronaritis, cementado de coronas y puentes, punción y drenaje de abscesos, flemones, hemorragias, alveolitis, etc.. (\*)

Se podrá facturar 2 códigos por año por Asociado.

#### ***Aclaraciones de la Auditoría:***

*En dicho odontograma debe constar la **presencia o ausencia de piezas temporarias***

## 2.C. CAPÍTULO 2 -Operatoria Dental-

Las obturaciones deberán tener una duración mínima de 24 meses. Durante este lapso no se reconocerá repetición de las mismas si son efectuadas por el mismo profesional. Para las piezas que hayan sido obturadas, no se reconocerá su extracción por el término de 24 meses posteriores a la fecha de realización del trabajo, si ésta es efectuada por el mismo profesional.

Las obturaciones de amalgama en dentición temporaria deberán tener una duración mínima de 12 meses.

Al facturar se reconocerá como máximo por elemento dentario: 2 restauraciones simples o 1 simple y 1 compuesta, cualquiera sea el material de obturación utilizado.

- **02.01 - Obturación Amalgama cavidad simple.**
- **02.02 - Obturación Amalgama cavidad compuesta.**

*(\*) El incumplimiento de este punto habilitará a la aplicación de un DÉBITO EN FIRME.*

- **02.03 - Obturación Amalgama cavidad compleja.**
- **02.04 - Obturación con tornillo en conducto.** Se reconocerá con la radiografía post-operatoria utilizada para el cementado de tornillo.
- **02.08 - Obturación simple con resina de Fotocurado, sector anterior.**
- **02.09 - Restauración compuesta con resina de Fotocurado, sector anterior.**
- **02.15 - Obturación simple con resina de Fotocurado, sector posterior.**
- **02.16 - Restauración compuesta con resina de Fotocurado, sector posterior.**

## **2.D. CAPÍTULO 3 -Endodoncia-**

**Este Capítulo no lleva autorización previa en todos los Planes de ambos productos GRAV y NO GRAV, excepto Plan OS (producto NO GRAV).**

En todo tratamiento de endodoncia deberá acompañarse para su reconocimiento las radiografías pre y post-operatorias. Se aceptarán radiografías en formato digital, siempre y cuando se visualice de forma completa.

Se considerarán elementos multirradiculares a aquellos en los que se permite visualizar a través de la radiografía la presencia y tratamiento de dos o más conductos radiculares. A efectos de reconocer todo tratamiento de endodoncia, deberá visualizarse en la radiografía la correcta preparación del o de los conductos radiculares y que el material de obturación radiopaco llegue hasta el límite cemento dentinario (a un milímetro aproximadamente).

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 Odontológica de AMSS facultada a solicitar al prestador el fundamento de la misma para su reconocimiento.

**Estas prácticas se reconocerán por única vez por elemento dentario.**

**En caso de retratamiento deberá solicitar autorización previa adjuntando radiografía e Historia Clínica que lo Justifique.**

**El rechazo de un tratamiento, sea cual fuere la causa, automáticamente anula toda obturación en la misma pieza tratada.**

- **03.01 – Tratamiento endodóntico en unirradiculares, incluye radiografías pre y post.**
- **03.02 – Tratamiento endodóntico en multirradiculares, incluye radiografías pre y post.**



- **03.03 – Tratamiento endodóntico en trirradiculares, incluye radiografías pre y post.**
- **03.05 - Biopulpectomía parcial.**
- **03.06- Necropulpectomía parcial o momificante**

Se debe 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 y su correspondiente restauración coronaria hasta 12 meses después de efectuada la misma, si es realizado por el mismo profesional.

Para los retratamientos, las prácticas requieren de autorización previa.

Incluyen: la Desobturación, el Limado y la Obturación de piezas endodónticamente tratadas donde se observe claramente el fracaso del tratamiento anterior mediante RX. Enviar RX pre-operatoria para la autorización y RX post-operatoria para la facturación.

- **03.09 - Retratamiento de Endodoncia en Unirradiculares.**
- **03.10 - Retratamiento de Endodoncia en Multirradiculares.**

**Aclaraciones de la Auditoría de Sancor Salud:**

*La conductometría está incluida dentro del valor de la endodoncia, como todo lo necesario para lograr un correcto tratamiento de conducto (rx, apertura, limado, obturación). Por lo tanto, en caso de facturarse será debitada por la auditoría de la Obra Social. Asimismo, para justificar y evaluar el tratamiento Sancor Salud sólo pide que se adjunten a la ficha odontológica dos Rx (la pre y la post).*

## 2.E. CAPÍTULO 5 -Odontología Preventiva

La detección y control de la placa bacteriana se incluye en el código 05.04 que en adelante contemplará: detección, control de placa bacteriana y enseñanza de técnicas de higiene bucal.

- **05.01 - Tartrectomía y cepillado mecánico.**

Se reconocerá por período de 12 meses y en ese lapso no se reconocerá el código 08.02.

- **05.02 - Consulta preventiva. Terapias fluoradas**

Se reconocerá por período de 6 meses y hasta cumplir los dieciocho (18) años de edad, por tratamiento y en ambas arcadas, cualquiera fuese la técnica que se utilice. Incluye el código 05.01.

- **05.04 – Consulta preventiva. Detección control de placa bacteriana y enseñanza de técnica de higiene bucal.**

Se reconocerá por período de 12 meses. Código incluido en el 08.02.

- **05.05- Selladores de surcos, fosas y fisuras**

Se reconocerá por pieza dental hasta los quince (15) años de edad. Tendrá una durabilidad de 24 meses y no podrá recibir otra obturación en ese tiempo, se reconocerá solamente en elementos sanos y que no presente obturación previa.

- **05.06 – Aplicación de cariostáticos en piezas dentarias permanente.**

## 2.F. CAPÍTULO 7 -Odontopediatría-

- **07.01- Consulta de motivación.**

Se reconocerá hasta los trece (13) años de edad y se podrá facturar por única vez por Asociado, incluye tres consultas.

- **07.02 - Mantenedor de espacio.**

Incluye corona en pieza dentaria y ansa de alambre de apoyo, radiografía pre y postoperatoria. Cobertura por única vez por espacio a mantener.

- **07.04 - Tratamiento en dientes primarios temporales con formocresol.**

Se reconocerá con radiografía pre y post-operatoria y cuando el diente tratado no se encuentre en período de exfoliación normal. Incluye radiografías pre y post-operatoria.

- **07.05 - Corona de acero provisoria por destrucción coronaria.**

Se reconocerá en dientes primarios con gran destrucción coronaria y que no se encuentre en el período de exfoliación normal. En primeros molares permanentes se reconocerá hasta los quince (15) años de edad.

Se solicitará radiografías pre y post-operatorias para su reconocimiento.

- **07.06 – Reimplante dentario e inmovilización por luxación total.**  
No incluye tratamiento endodóntico.

## 2.G. CAPÍTULO 8 -Periodoncia-

- **08.01 - Consulta de estudio. Sondaje. Fichado. Diagnóstico y Pronóstico.**

Incluye la confección de la ficha periodontal respectiva, la cual deberá acompañar los códigos 08.03 y 08.04. Se reconocerá por período de 12 meses. No se confecciona ni se factura para el código 08.02.

- **08.02- Tratamiento de gingivitis.**

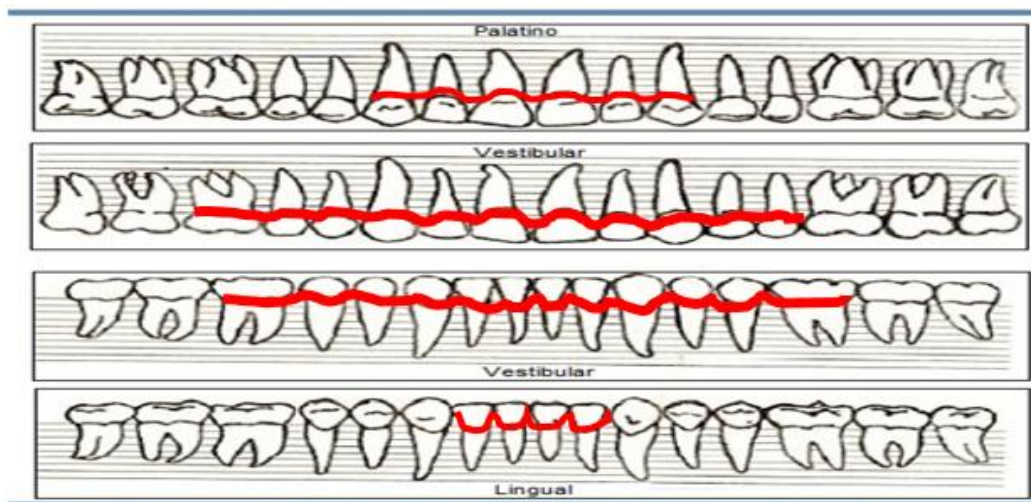
Comprende todos los cuadros gingivales cualquiera fuese su etiología. Incluye: tartrectomía (05.01), raspaje, control de placa, enseñanza de cepillado (05.04) y evaluación, eventual gingivoplastia. Se reconocerá por período de 12 meses y por arcada. Se deberá completar ficha gingival para su facturación. En caso de no presentar gingivitis, facturar el código 05.01. Si se factura el código 08.02 no se podrán facturar los códigos 05.01 y 05.04.

### **Aclaraciones de la Auditoría de Sancor Salud:**

*La ficha gingival: se debe presentar cada vez que se factura el 0802, completando sólo con el color rojo, en las zonas donde se realiza el tratamiento gingival, es decir donde hay presencia de Gingivitis.*

*En este caso, al no ser una ficha periodontal, no se utiliza el color azul, es decir que no es necesario marcar el nivel de la cresta ósea.*

Ejemplo de cómo marcar en la ficha gingival:



La ficha gingival se puede descargar de la página Web de la Federación:  
<https://fomendoza.com.ar/Aranceles/Octubre20/Ficha%20Gingival.pdf>

- **08.03 - Tratamiento de periodontitis destructiva leve o moderada.**

Se reconocerá con radiografías pre-operatorias y ficha periodontal debidamente confeccionada.

• **08.04 - Tratamiento de periodontitis destructiva severa.**

Se reconocerá con radiografías pre-operatorias y ficha periodontal debidamente confeccionada.

Cuando se facture los códigos 08.03 ó 08.04 en caso de piezas aisladas en pacientes parcialmente desdentados sumadas de 4 a 6 piezas completan un sector.

• **08.05 - Desgaste selectivo o armonización oclusal.**

Práctica con AUTORIZACIÓN PREVIA, enviar fotografía de modelos montados en articulador donde se pueda visualizar la patología oclusal a desgastar, no se considerandesgastes selectivos a restauraciones en sobre oclusión.

• **08.06 - Placas de relajación para bruxismo rígida.**

Incluye cubeta individual y controles posteriores. Para su reconocimiento deberá solicitarse autorización previa enviando historia clínica y modelos que justifiquen su realización. Este código no volverá a reconocerse por un mínimo de 12 meses.

Se facturarán bajo convenio respetando el valor acordado en el instructivo. Requiere de autorización previa del afiliado en Sancor Salud, donde se le entregará el "Formulario 08", el cual deberá adjuntarse a la orden para su facturación.

## **2.H. CAPÍTULO 9 -Radiografía-**

Toda radiografía para su reconocimiento deberá presentarse en sobre adecuado al tamaño de la misma y en el que conste el nombre y apellido, N° de Asociado y zona de estudio radiográfico efectuado, no se aceptan radiografías en los envoltorios originales. La corrección en la presentación estará dada además por la angulación, definición, centrado, contraste, revelado y fijado a objeto de su fácil interpretación.

La falta de cualquiera de estos requisitos será causa suficiente para no reconocer la práctica o ser devuelta para su cumplimentación. Las impresiones con radiovisiógrafo serán reconocidas sólo si tienen correcta angulación, contraste y definición que permitan observar correcta e íntegramente el tratamiento realizado.

### **2.H.1. SUBCAPÍTULO 09.01 - INTRAORALES / INTRAMOLARES**

• **09.01.01 – Periapical.**

Se admite como máximo cuatro veces la suma. De cinco a siete películas se facturará como código 09.01.04. De ocho a nueve películas se facturará como código

09.01.04 más uno o dos veces el código 09.01.01 según corresponda. De diez a catorce películas se facturará como código 09.01.05.

• **09.01.02 - Bite-wing.**

• **09.01.03 - Oclusal 6 x 8 cm.**

• **09.01.04 - Media seriada de 7 películas Periapicales**

Se reconocerá cuando la integren siete películas.

- **09.01.05 - Seriadas de 14 películas Periapicales.**  
Se reconocerá cuando la integren catorce películas.

## **2.H.2. SUBCAPÍTULO 09.02 – EXTRAMOLARES**

Se reconocerá cuando se efectúen con equipos con kilovoltajes no inferiores a 70 kv.

- **09.02.04 – Pantomografía o Radiografía Panorámica.**

Deberá adjuntarse la derivación del profesional que la solicita, indicando diagnóstico presuntivo, no se reconocerá por ejemplo con el diagnóstico "Control".

Se reconocerán estudios para implantes solo en los Planes que poseen esta cobertura. Eventualmente, auditoría podrá solicitar que se adjunte la radiografía panorámica para corroborar el diagnóstico.

- **09.02.05 - Telerradiografía cefalométrica.**

Indicar motivo de la solicitud.

## **2.I. CAPÍTULO 10 -Cirugía Bucal-**

Las prácticas de cirugía bucal que requieren de radiografías pre y post operatorias, éstas estarán incluidas en el valor de la prestación.

Cuando las prácticas requieran de autorización previa, deberán adjuntar radiografía pre operatoria .

Para facturar deben anexar el Formulario N° 8 autorizado y radiografía post operatoria.

- **10.01 - Extracción dentaria.**

Se reconocerá por única vez en cada elemento.

### **Aclaraciones de la Auditoría de Sancor Salud:**

En caso de una extracción en elementos temporarios, para si reconocimiento, **deberá acompañarse la radiografía preoperatoria** que justifique la realización de la práctica.

- **10.02 - Plástica de comunicación buco-sinusal.**

Para su reconocimiento deberá acompañarse la radiografía pre-operatoria que justifique la realización de la práctica.

- **10.03 - Biopsia por punción o aspiración o escisión.**

No incluye el estudio anatomopatológico.

- **10.04 - Alveolectomía estabilizadora.**

Solicitar autorización previa.

- **10.08 - Extracción dentaria en retención mucosa.**

Se requiere radiografía pre y post-operatoria.

- **10.09 - Extracción de diente con retención ósea.**

Se requiere radiografía pre y post-operatoria.

Para los elementos dentarios 18, 28, 38 y 48 no llevan autorización previa; el restode las piezas si deben solicitar la misma.

• **10.10 - Germectomía.**

Se requiere radiografía pre y post-operatoria.

• **10.11 - Liberación de dientes retenidos.**

Solicitar autorización previa.

• **10.12 - Apicectomía.**

Solicitar autorización previa.

• **10.13 - Tratamiento de osteomielitis.**

• **10.14 - Extracción de cuerpo extraño.**

• **10.15 - Aveolectomía correctiva.**

Solicitar autorización previa.

• **10.16 – Frenectomía**

Solicitar autorización previa.