

CONTRATO CORA – OSSEG

NORMAS OPERATIVAS

AREA DE APLICACIÓN: Todo el país menos Capital Federal y la Provincia de Buenos Aires.

COBERTURA: Sistema capitado, a cargo de esta Confederación, con co-seguro a abonar por el afiliado según al Plan que pertenece.

PLANES: Los afiliados de OSSEG están divididos en grupos según a los Planes que pertenecen:

- a) Básico, Salud y Especial
- b) Integral Adherente
- c) Integral, Adherente 2021 y OSSEG 450

El Nomenclador y Aranceles para todos los Planes es el mismo, sólo se modifica los valores de co-seguro a abonar por el afiliado.

CO-SEGUROS:

- **Plan a) y b):** Con co-seguro (se adjunta grilla de arancel con los co- seguros correspondientes)
- **Plan c):** Sin co-seguro
- **NOTA:** Plan Materno Infantil (PMI) no abona co-seguro en ningún Plan.

CANTIDAD PRÁCTICAS:

- **Plan a):** Con la Consulta solo se puede facturar un código de prestación o hasta dos prácticas por mes a excepción de los códigos del Capítulo III (Endodoncia) y Capítulo X Grupo II (Cirugía) que se deberán facturar como única práctica del mes.
- **Plan b) y c):** Con la Consulta solo se puede facturar hasta dos códigos de prestación o hasta tres prácticas por mes a excepción de los códigos del Capítulo III (Endodoncia) y Capítulo X Grupo II (Cirugía) que se pueden facturar hasta dos prácticas por mes.

FACTURACION: Se recepcionará del 1 al 5 de cada mes en la CORA, procediendo esta entidad de inmediato a realizar su auditoria.

IDENTIFICACION AFILIADO: Los beneficiarios para acceder al sistema de atención odontológica deberán presentar el carnet de afiliado y el Documento de Identidad correspondiente.

CAPITULO I: CONSULTA

01.01. CONSULTA. DIAGNÓSTICO. FICHADO Y PLAN DE TRATAMIENTO:

Se considera como primera consulta.

Comprende:

- Examen.
- Diagnóstico.
- Fichado.
- Plan de tratamiento.
- Confección de historia clínica que refleje el estado general del paciente.

Para el cobro de este código es indispensable adjuntar ficha catastral completa:

- a) No olvidar los datos completos del paciente:
 - apellido y nombre,
 - número de afiliado,
 - fecha de nacimiento
 - número de DNI,
 - número de teléfono (en el caso de un menor el del padre, madre o tutor).
- b) Marcar como se debe los trabajos realizados y a realizar en rojo y azul respectivamente (no utilizar el mismo color para ambos, ni otro color que los señalados), de no haber tratamientos anteriores, es obligatorio señalarlo en observaciones.

En pacientes de hasta 13 años deberá facturarse como código 07.01

Esta práctica es imprescindible para la validación del plan de tratamiento y se reconocerá cada 12 meses.

01.02. CONSULTA DE URGENCIA/ CONSULTA ESTOMATOLOGICA:

Se considera **Consulta de Urgencia** a 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) por año cronológico. Se debe establecer en todos los casos el motivo de la misma; ej.: periocoronaritis, estomatitis, cementado de coronas y puentes, punción y drenaje de abscesos, flemones, hemorragias, alveolitis, etc.

Nota: No podrá ser facturado en caso de hemorragia, alveolitis, si la extracción ha sido realizada por el mismo profesional.

Cuando se factura dicho código no es necesario enviar la ficha catastral, ni confeccionar la historia clínica, solamente deberá indicar el motivo que dio origen a dicha prestación en el bono del paciente.

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

CAPITULO II: OBTURACIONES

02.16 RESTAURACION SIMPLE O COMPUESTA EN PIEZAS ANTERIORES O POSTERIORES

NORMAS GENERALES DEL CAPITULO 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 dentaria se podrá facturar como máximo:

- a) En piezas anteriores: 2 (dos) códigos 02.16
- b) En piezas posteriores: 2 (dos) códigos 02.16

Las obturaciones tendrán un tiempo de vigencia de 12 meses, lapso en el cual el sistema no abonará otra restauración si es realizada por el mismo profesional.

CAPITULO III: ENDODONCIA

03.01 TRATAMIENTO INFLAMATORIO PULPAR UNIRRADICULAR

03.02 TRATAMIENTO INFLAMATORIO PULPAR DOS CONDUCTOS

03.03 TRATAMIENTO INFLAMATORIO PULPAR TRES CONDUCTOS

03.05 BIOPULPECTOMIA 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.

NORMAS GENERALES DEL CAPITULO III

En todo tratamiento de Endodoncia deberá acompañarse para su reconocimiento, las radiografías pre y post operatorias, las cuales deben facturarse por separado del tratamiento endodóntico, sumando el valor de las mismas al tratamiento y ocupando las mismas un cupo prestacional del afiliado. En caso de realizar la conductometría, también pueden incluirla en las mismas. En caso de re-obturación de un conducto, la misma deberá efectuarse con la aclaración por medio del profesional actuante que justifique dicha necesidad; la cual será evaluada por la Auditoría para su reconocimiento.

A efectos de reconocer todo tratamiento de Endodoncia, deberá visualizarse en la radiografía post-operatoria la correcta preparación de los conductos 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 auditoria 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 de los 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) se considera contraindicada; quedando la Auditoría facultada a solicitar al prestador el fundamento de la misma para su reconocimiento.

No se podrá facturar un nuevo tratamiento de endodoncia durante el período de 3 (tres) años,

salvo caso de autorización previa por parte de la Auditoría.

CAPITULO V: ODONTOLOGIA PREVENTIVA

05.01 TRATAMIENTO Y CEPILLADO MECÁNICO. CONSULTA PREVENTIVA. DETECCIÓN Y CONTROL DE LA PLACA BACTERIANA. ENSEÑANZA DE TÉCNICA DE HIGIENE BUCAL

Comprende Tartrectomía y cepillado mecánico, enseñanza de técnica de cepillado, uso de elementos de higiene interdentarios, asesoramiento dietético y revelado de placa bacteriana.

En el caso de ya haber realizado un 08.02 no se reconocerá el 05.01

Se podrá facturar cada 12 meses.

05.02 TOPICACION CON FLUOR

Comprende aplicación de flúor tópico, barniz y colutorios.

Se reconocerá semestralmente desde los 5 años de edad hasta 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 permanentes hasta los 18 años de edad teniendo una durabilidad de 24 meses.

La pieza dentaría 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 CARIOSTATICOS EN TEMPORARIOS

Se reconocerá solamente 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.

CAPITULO VII: ODONTOPEDIATRIA

07.01 MOTIVACION: HASTA TRES CONSULTAS

Se reconocerán hasta 3 consultas anuales hasta los 13 años de edad, incluye el fichado (código 01.01) por única vez y luego se podrá facturar 01.01 cada 12 meses.

07.04. TRATAMIENTOS 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 REDUCCION DE LUXACION CON INMOVILIZACION DENTARIA

07.07.00 REDUCCION TOTAL (REIMPLANTE) E INMOVILIZACION DENTARIA

07.08.00 PROTECCION PULPAR DIRECTA EN DIENTES PERMANENTES

CAPITULO VIII: PERIODONCIA

08.01 CONSULTA PERIODONTAL: DIAGNOSTICO. PRONOSTICO

Comprende el análisis, detección de bolsa periodontal, diagnóstico y plan de tratamiento. Para su cobro 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 cualquiera fuese su etiología. Incluye tartrectomía, raspaje, control de placa, enseñanza de cepillado y evaluación, eventual gingivoplastia.
Se reconocerá a partir de los 13 años de edad. Se podrá facturar cada 12 meses y se considera un tratamiento por arco dentario.

08.03 TRATAMIENTO DE PERIODONTITIS DESTRUCTIVA LEVE

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

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

CAPITULO IX: RADIOLOGIA

09.01.00 RX SIMPLE – PERIAPICAL - RADIOGRAFÍA BITE-WING.

Técnica de cono corto o largo. Se admiten como máximo dos Rx por ficha, debiéndose indicar el motivo de las mismas.

Toda radiografía para su reconocimiento deberá 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 RADIOGRAFIA OCLUSAL

Se admiten como máximo dos por ficha.

09.03.00 RADIOGRAFIAS MEDIA SERIADA (DE 5 A 7 PELICULAS)

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

09.04.00 RADIOGRAFIAS SERIADAS (DE 8 A 14 PELICULAS)

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

09.06.00 PANTOMOGRAFIA

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

09.07.00 TELERRADIOGRAFIA CEFALOMETRICA

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

NORMAS GENERALES DEL CAPITULO IX

Para el reconocimiento de las Rx 09.06.00 y 09.07.00, las mismas deberán ser subidas al sistema CORA-TANDEM en archivo digital (foto con claridad para que se pueda ver correctamente la imagen) o enviarlas vía mail para que puedan ser observadas por la Auditoría.

CAPITULO X: CIRUGIA BUCAL

CIRUGIA GRUPO I

10.01.05 EXTRACCIÓN DENTARIA

En el caso de las extracciones en elementos dentarios Supernumerarios o Temporarios en pacientes adultos, se deberá enviar la Rx pre-operatoria pudiéndose facturar la misma.

CIRUGIA GRUPO II

10.02.01 APICECTOMIA

10.02.02 GERMECTOMIA

10.02.04 EXTRACCION DE DIENTES O RESTOS RADICULARES RETENIDOS COMPLEJOS

NORMAS GENERALES DEL CAPITULO X

Para el reconocimiento de las prácticas contempladas en el presente capítulo la Auditoría podrá solicitar la documentación que estime necesaria (Ficha dental, Historia clínica, Radiografías, etc.) y que justifiquen la realización de la práctica. La falta de presentación de la documentación solicitada por la Auditoría, faculta a la misma a no reconocer la práctica efectuada. La Auditoría establecerá de común acuerdo con el prestador las prácticas que para su realización requieran autorización.

Para los códigos de Cirugía Grupo II es necesario presentar la Rx pre-operatoria y la rx post-operatoria, pudiéndose facturar las mismas ocupando un código prestacional dentro del límite de prácticas. Los códigos de este Grupo se deben facturar como única práctica del mes en conjunto con sus RX.