



CIRCULO
ODONTOLOGICO
DE PERGAMINO

Fundado el 27 de Julio de 1932
Personería Jurídica N° 348/79

Pergamino, 14 de JUNIO del 2023

CIRCULAR INFORMATIVA N° 24

S / D

Ref:
IOMA
Nuevo Convenio
Aumento de Aranceles

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ustedes, con el objeto de informarles que se acordó aplicar nuevos valores arancelarios a **IOMA** que rigen a partir del **01 de MAYO año 2023.**

Por tal motivo, se adjuntan a la presente, la hoja de la Cartilla Instructiva con los nuevos valores reconocidos para su correspondiente actualización.

Sin otro particular, los saludamos atentamente.



CIRCULO
ODONTOLOGICO
DE PERGAMINO

Fundado el 27 de Julio de 1932
Personería Jurídica N° 348/79

IOMA 05 y 07-2023

Identificación del beneficiario: carnet afiliatorio.

Nomenclador cubierto: se adjunta.

Limite de prestaciones: 2 (dos) mas la consulta cuando corresponda.

Cobertura de la Obra Social:

- **VALOR DEL BONO: \$ 575** (SE DEBE COBRAR AL PACIENTE CADA VEZ QUE EL SISTEMA DIGITAL DEL IOMA LO GENERA. ESTO SUCEDE AL CARGAR LAS PRACTICAS AL SISTEMA DIGITAL
- **CAPITULO II: COSEGURO \$ 154.-**
- **CAPITULO III: COSEGURO \$ 124.-**
- **CAPITULO X: COSEGURO \$ 115.-**

Normas particulares:

- El odontólogo deberá ingresar a la pagina para facturar las prácticas correspondientes.
- **WAPP DE MESA DE ASISTENCIA REMOTA DEL IOMA:** todo lo relativo a dificultades en la carga de las fichas en el sistema digital de IOMA (www.ioma.gba.gorb.ar – AUTOGESTION PRESTADORES – SISTEMA ODONTOLOGIA DIGITAL) el numero de wapp para consultas es 11-2242-5600.
- LAS RECETAS POR EL MOMENTO NO SON DIGITALES. Las mismas deben ser solicitadas a la delegación del IOMA de cada localidad.

Ficha y forma de presentación de facturación: se adjunta. Solo se utilizara cuando se facture rx, las cuales iran adosadas a dicha ficha y se entregaran al COP el dia 14. El exel de la pagina de IOMA se enviara por medio de email (cortando los días 14 de cada mes) a gracielaleo@copergamino.org.com.ar

Fecha de presentación físicamente y exel al email: los días 14 de cada mes al Circulo Odontológico de Pergamino.



**Asociación Argentina
de Clínicas y Centros Odontológicos.**

Ficha Odontológica

ASOCIADO N°

NOMBRE Y APELLIDO

EDAD TELÉFONO

DOMICILIO

LOCALIDAD

EMAIL

OBRA SOCIAL

PLAN

ODONTÓLOGO

M.N.N°

M.P.N°

IVA: GRAVADO NO GRAVADO

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | REFERENCIAS | |
| <input type="checkbox"/> | | COLOR ROJO: Prestaciones existentes |
| <input type="checkbox"/> | | COLOR AZUL: Prestaciones requeridas |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | X (AZUL) P. no erupcionada | |
| | | 55 | 54 | 53 | 52 | 51 | | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | | | | — (AZUL) Extracción | |
| DERECHA | | | | | | | | IZQUIERDA | | | | | | | | X (ROJO) Pieza ausente | |
| | | <input type="checkbox"/> Prótesis fija | |
| | | <input type="checkbox"/> Prótesis removible | |
| | | <input type="checkbox"/> Coronas | |
| | | 85 | 84 | 83 | 82 | 81 | | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | | | | Cantidad de piezas existentes <input type="checkbox"/> | |

| FECHA | CODIGO | PIEZA | CARA | IMPORTE TOTAL | CONFORMIDAD SOCIO |
|-------|--------|-------|------|---------------|-------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Observaciones:

..... Cantidad de RX adjuntas

_____ FIRMA Y SELLO ODONTÓLOGO

IOMA 05 y 07-2023

NOMENCLADOR Y ARANCEL

| Código | Descripción | may-23 | | | | jul-23 | | | |
|--------|--|------------------|------------|------------|------------------|------------|------------|------------------|------------|
| | | VALOR CARGO IOMA | CO- SEGURO | VALOR 100% | VALOR CARGO IOMA | CO- SEGURO | VALOR 100% | VALOR CARGO IOMA | VALOR 100% |
| | Capítulo I: Consultas | | | | | | | | |
| 1.01 | Consulta - Fichado - Diagnóstico - Plan tratamiento. | \$ 1,600 | | \$ 1,600 | \$ 1,792 | | \$ 1,792 | \$ 1,792 | |
| 1.02 | Consulta Preventiva Profiláctica. | \$ 1,375 | | \$ 1,375 | \$ 1,540 | | \$ 1,540 | \$ 1,540 | |
| 1.09 | Consulta por Derivación. | \$ 1,375 | | \$ 1,375 | \$ 1,540 | | \$ 1,540 | \$ 1,540 | |
| | Capítulo II: Operatoria Dental | | | | | | | | |
| 2.01 | Restauración Plásticas. Amalgama. | \$ 3,500 | \$ 154 | \$ 3,654 | \$ 3,920 | \$ 154 | \$ 4,074 | \$ 4,074 | |
| 2.02 | Restauración Plásticas. Fotocurados. | \$ 3,500 | \$ 154 | \$ 3,654 | \$ 3,920 | \$ 154 | \$ 4,074 | \$ 4,074 | |
| | Capítulo III: Endodencia | | | | | | | | |
| | Códigos Originales | | | | | | | | |
| 3.01 | Tratamiento End. Unirradicular - 1 conducto. | \$ 8,375 | \$ 124 | \$ 8,499 | \$ 9,380 | \$ 124 | \$ 9,504 | \$ 9,504 | |
| 3.02 | Tratamiento End. Multirradicular - 2 conductos. | \$ 9,875 | \$ 124 | \$ 9,999 | \$ 11,060 | \$ 124 | \$ 11,184 | \$ 11,184 | |
| 3.03 | Tratamiento End. Multirradicular - 3 conductos. | \$ 11,375 | \$ 124 | \$ 11,499 | \$ 12,740 | \$ 124 | \$ 12,864 | \$ 12,864 | |
| 3.04 | Tratamiento End. Multirradicular - 4 conductos. | \$ 12,875 | \$ 124 | \$ 12,999 | \$ 14,420 | \$ 124 | \$ 14,544 | \$ 14,544 | |
| 3.05 | Biopulpectomía Parcial | \$ 2,375 | | \$ 2,375 | \$ 2,660 | | \$ 2,660 | \$ 2,660 | |
| 3.06 | Endodencia en Permanentes jóvenes Unirradic. | \$ 5,125 | \$ 124 | \$ 5,249 | \$ 5,740 | \$ 124 | \$ 5,864 | \$ 5,864 | |
| 3.07 | Endodencia en Permanentes jóvenes Multirradic. | \$ 6,625 | \$ 124 | \$ 6,749 | \$ 7,420 | \$ 124 | \$ 7,544 | \$ 7,544 | |
| 3.08 | Protección directa. | \$ 2,375 | | \$ 2,375 | \$ 2,660 | | \$ 2,660 | \$ 2,660 | |
| | Códigos de Derivación | | | | | | | | |

CIRCULO ODONTOLÓGICO DE PERGAMINO
 Mitre 874 - Tel. 421560

| | | | | | | | |
|------|---|-----------|--------|-----------|-----------|--------|-----------|
| 3.11 | Derivación de endodoncia - 1 conducto. | \$ 8,375 | \$ 124 | \$ 8,499 | \$ 9,380 | \$ 124 | \$ 9,504 |
| 3.12 | Derivación de endodoncia - 2 conductos. | \$ 9,875 | \$ 124 | \$ 9,999 | \$ 11,060 | \$ 124 | \$ 11,184 |
| 3.13 | Derivación de endodoncia - 3 conductos. | \$ 11,375 | \$ 124 | \$ 11,499 | \$ 12,740 | \$ 124 | \$ 12,864 |
| 3.14 | Derivación de endodoncia - 4 conductos. | \$ 12,875 | \$ 124 | \$ 12,999 | \$ 14,420 | \$ 124 | \$ 14,544 |
| 3.15 | Derivación Biopulpectomía parcial. | \$ 2,375 | | \$ 2,375 | \$ 2,660 | | \$ 2,660 |
| 3.16 | Derivación Endodoncia en Permanentes jóvenes unirradic. | \$ 5,125 | \$ 124 | \$ 5,249 | \$ 5,740 | \$ 124 | \$ 5,864 |
| 3.17 | Derivación Endodoncia en Permanentes jóvenes multirradic. | \$ 6,625 | \$ 124 | \$ 6,749 | \$ 7,420 | \$ 124 | \$ 7,544 |
| 3.18 | Derivación Protección directa. | \$ 2,375 | | \$ 2,375 | \$ 2,660 | | \$ 2,660 |
| | Códigos de Re-ejecución por Derivación | | | | | | |
| 3.71 | Re-ejecución tratam. Endodóntico piezas de 1 conducto. | \$ 8,375 | \$ 124 | \$ 8,499 | \$ 9,380 | \$ 124 | \$ 9,504 |
| 3.72 | Re-ejecución tratam. Endodóntico piezas de 2conductos | \$ 9,875 | \$ 124 | \$ 9,999 | \$ 11,060 | \$ 124 | \$ 11,184 |
| 3.73 | Re-ejecución tratam. Endodóntico piezas de 3conductos | \$ 11,375 | \$ 124 | \$ 11,499 | \$ 12,740 | \$ 124 | \$ 12,864 |
| 3.74 | Re-ejecución tratam. Endodóntico piezas de 4conductos | \$ 12,875 | \$ 124 | \$ 12,999 | \$ 14,420 | \$ 124 | \$ 14,544 |
| 3.75 | Re-ejecución por derivación trat. Biopulpectomía parcial. | \$ 2,375 | | \$ 2,375 | \$ 2,660 | | \$ 2,660 |
| 3.76 | Re-ejecución por derivación trat. Endodóntico piezas jóvenes unirradiculares. | \$ 5,125 | \$ 124 | \$ 5,249 | \$ 5,740 | \$ 124 | \$ 5,864 |
| 3.77 | Re-ejecución por derivación trat. Endodóntico piezas jóvenes multirradiculares. | \$ 6,625 | \$ 124 | \$ 6,749 | \$ 7,420 | \$ 124 | \$ 7,544 |
| 3.78 | Re-ejecución por derivación trat. Protección directa. | \$ 2,375 | | \$ 2,375 | \$ 2,660 | | \$ 2,660 |
| | Códigos de Re-ejecución (Retratamiento) | | | | | | |
| 3.91 | Re-ejecución tratam. Endodóntico piezas de 1 conducto. | \$ 8,375 | \$ 124 | \$ 8,499 | \$ 9,380 | \$ 124 | \$ 9,504 |
| 3.92 | Re-ejecución tratam. Endodóntico piezas de 2conductos | \$ 9,875 | \$ 124 | \$ 9,999 | \$ 11,060 | \$ 124 | \$ 11,184 |
| 3.93 | Re-ejecución tratam. Endodóntico piezas de 3conductos | \$ 11,375 | \$ 124 | \$ 11,499 | \$ 12,740 | \$ 124 | \$ 12,864 |
| 3.94 | Re-ejecución tratam. Endodóntico piezas de 4conductos | \$ 12,875 | \$ 124 | \$ 12,999 | \$ 14,420 | \$ 124 | \$ 14,544 |
| 3.95 | Re-ejecución tratam. Biopulpectomía parcial. | \$ 2,375 | | \$ 2,375 | \$ 2,660 | | \$ 2,660 |
| 3.96 | Re-ejecución trat. Endod. Piezas jóvenes unirradicular. | \$ 5,125 | \$ 124 | \$ 5,249 | \$ 5,740 | \$ 124 | \$ 5,864 |
| 3.97 | Re-ejecución trat. Endod. Piezas jóvenes multirradicular. | \$ 6,625 | \$ 124 | \$ 6,749 | \$ 7,420 | \$ 124 | \$ 7,544 |
| 3.98 | Re-ejecución tratam. Protección directa. | \$ 2,375 | | \$ 2,375 | \$ 2,660 | | \$ 2,660 |
| | Capítulo V: Odontología Preventiva | | | | | | |
| 5.01 | Tartrectomía y cepillado mecánico, control de dieta. | \$ 1,350 | | \$ 1,350 | \$ 1,512 | | \$ 1,512 |

| | | | | | | |
|--------------------------------------|--|-------------|--|--|-------------|------------|
| 5.03 | Enseñanza y control de cepillado.... PLAN MAMI. | \$ 2,375 | | | \$ 2,660 | \$ 2,660 |
| 5.05 | Sellantes de puntos y fisuras. | \$ 2,375 | | | \$ 2,660 | \$ 2,660 |
| Capítulo VII: Odontopediatría | | | | | | |
| 7.01 | Consulta - Motivación - Enseñanza de cepillado. | \$ 2,625 | | | \$ 2,940 | \$ 2,940 |
| 7.02 | Mantenedor de espacio (se debe facturar en la pieza ausente) | \$ 4,500 | | | \$ 5,040 | \$ 5,040 |
| 7.03 | Tratamiento con formocresol en dientes temporarios. | \$ 4,350 | | | \$ 4,872 | \$ 4,872 |
| 7.04 | Inactivación hasta 4 piezas. Hasta 11 años. En PLAN MAMI. | \$ 3,625 | | | \$ 4,060 | \$ 4,060 |
| 7.05 | Inactivación 5 o más piezas. Hasta 11 años. En PLAN MAMI. | \$ 4,350 | | | \$ 4,872 | \$ 4,872 |
| 7.11 | Certificado buco dental | \$ 1,000 | | | \$ 1,120 | \$ 1,120 |
| Capítulo VIII: Periodoncia | | | | | | |
| 8.02.01 | Tratamiento de gingivitis - Arcada Superior. | \$ 1,375 | | | \$ 1,540 | \$ 1,540 |
| 8.02.02 | Tratamiento de gingivitis - Arcada Inferior. | \$ 1,375 | | | \$ 1,540 | \$ 1,540 |
| Capítulo IX: Radiología | | | | | | |
| 9.01 | Radiografía periapical (Facturar una por pieza o sector). | \$ 425 | | | \$ 476 | \$ 476 |
| 9.07 | Media Seriada. | \$ 1,831 | | | \$ 2,051 | \$ 2,051 |
| 9.14 | Seriada. | \$ 3,232.50 | | | \$ 3,620.40 | \$ 3,620 |
| 9.16 | Radiografía Oclusal | \$ 930 | | | \$ 1041,60 | \$ 1041,60 |
| 9.21 | Rx Extraorales. Primera Exposición. | \$ 1,066 | | | \$ 1193,92 | \$ 1193,92 |
| 9.22 | Rx Extraorales por Exposición subsiguiente. | \$ 807.50 | | | \$ 904,40 | \$ 904,40 |
| 9.23 | Condilografía. Seis exposiciones. | \$ 2,235.50 | | | \$ 2503,76 | \$ 2503,76 |
| 9.24 | Ortopantomografía (Panorámica) | \$ 2,404 | | | \$ 2692,48 | \$ 2692,48 |
| 9.25 | Telerradiografía. | \$ 2,260 | | | \$ 2531,20 | \$ 2531,20 |
| 9.26 | Sialografía. | \$ 2,260 | | | \$ 2531,20 | \$ 2531,20 |
| Capítulo X: Cirugía | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|---|--|--|-----------|--------|--|--|--|--|--|--|-----------|------------------|-----------|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| Códigos Originales | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10.00 | | | | | \$ 2,575 | | | | | | | | \$ 2,884 | \$ 2,884 | |
| | 10.01 | Extracción dentaria simple. | | | \$ 3,100 | \$ 115 | | | | | | | \$ 3,215 | \$ 3,472 \$ 115 | \$ 3,587 |
| | 10.04 | Biopsia de tejidos blandos superficiales endobucuales. | | | \$ 2,275 | | | | | | | | \$ 2,275 | \$ 2,548 | \$ 2,548 |
| | 10.08 | Extracción de piezas en retención mucosa. | | | \$ 7,125 | \$ 115 | | | | | | | \$ 7,240 | \$ 7,980 \$ 115 | \$ 8,095 |
| | 10.09 | Extracción de piezas en retención ósea. | | | \$ 13,500 | \$ 115 | | | | | | | \$ 13,615 | \$ 15,120 \$ 115 | \$ 15,235 |
| | 10.10 | Biopsia de tejidos duros endobucuales | | | \$ 2,375 | | | | | | | | \$ 2,375 | \$ 2,660 | \$ 2,660 |
| | 10.11 | Liberación de piezas dentarias retenidas. | | | \$ 2,275 | | | | | | | | \$ 2,275 | \$ 2,548 | \$ 2,548 |
| | 10.12 | Apicectomía. | | | \$ 8,500 | | | | | | | | \$ 8,500 | \$ 9,520 | \$ 9,520 |
| | 10.16 | Frenectomía. | | | \$ 3,000 | | | | | | | | \$ 3,000 | \$ 3,360 | \$ 3,360 |
| Códigos de Derivación | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 11.01 | Derivación extracción simple. | | | \$ 3,100 | \$ 115 | | | | | | | \$ 3,215 | \$ 3,472 \$ 115 | \$ 3,587 |
| | 11.04 | Derivación biopsia de tejidos blandos superficiales endobucuales. | | | \$ 2,275 | | | | | | | | \$ 2,275 | \$ 2,548 | \$ 2,548 |
| | 11.08 | Derivación extracción de piezas en retención mucosa. | | | \$ 6,475 | \$ 115 | | | | | | | \$ 6,590 | \$ 7,252 \$ 115 | \$ 7,367 |
| | 11.09 | Derivación extracción de piezas en retención ósea. | | | \$ 11,500 | \$ 115 | | | | | | | \$ 11,615 | \$ 12,880 \$ 115 | \$ 12,995 |
| | 11.10 | Derivación biopsia de tejidos duros endobucuales. | | | \$ 2,375 | | | | | | | | \$ 2,375 | \$ 2,660 | \$ 2,660 |
| | 11.11 | Derivación liberación de piezas dentarias retenidas. | | | \$ 2,275 | | | | | | | | \$ 2,275 | \$ 2,548 | \$ 2,548 |
| | 11.12 | Derivación Apicectomía. | | | \$ 8,500 | | | | | | | | \$ 8,500 | \$ 9,520 | \$ 9,520 |
| | 11.16 | Derivación Frenectomía. | | | \$ 3,000 | | | | | | | | \$ 3,000 | \$ 3,360 | \$ 3,360 |
| Códigos de Re-ejecución por Derivación (Retratamientos por Derivación) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 17.01 | Derivación para re-ejecución de extracción simple. | | | \$ 3,100 | \$ 115 | | | | | | | \$ 3,215 | \$ 3,472 \$ 115 | \$ 3,587 |
| | 17.08 | Derivación para re-ejecución de extracción de piezas en retención mucosa. | | | \$ 6,475 | \$ 115 | | | | | | | \$ 6,590 | \$ 7,252 \$ 115 | \$ 7,367 |
| | 17.09 | Derivación para re-ejecución de extracción de piezas en retención ósea. | | | \$ 11,500 | \$ 115 | | | | | | | \$ 11,615 | \$ 12,880 \$ 115 | \$ 12,995 |
| | 17.11 | Derivación para re-ejecución de liberación de piezas dentarias retenidas. | | | \$ 2,275 | | | | | | | | \$ 2,275 | \$ 2,548 | \$ 2,548 |
| | 17.12 | Derivación para re-ejecución de Apicectomía. | | | \$ 8,500 | | | | | | | | \$ 8,500 | \$ 9,520 | \$ 9,520 |
| | 17.16 | Derivación para re-ejecución de Frenectomía. | | | \$ 3,000 | | | | | | | | \$ 3,000 | \$ 3,360 | \$ 3,360 |
| Códigos de Re-ejecución (Retratamiento) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 19.01 | Re-ejecución de extracción simple. | | | \$ 3,100 | \$ 115 | | | | | | | \$ 3,215 | \$ 3,472 \$ 115 | \$ 3,587 |

| | | | | | | | |
|--------------|---|-----------|--------|-----------|-----------|--------|-----------|
| 19.08 | Re-ejecución de extracción de piezas en retención mucosa. | \$ 6,475 | \$ 115 | \$ 6,590 | \$ 7,252 | \$ 115 | \$ 7,367 |
| 19.09 | Re-ejecución de extracción de piezas en retención ósea. | \$ 11,500 | \$ 115 | \$ 11,615 | \$ 12,880 | \$ 115 | \$ 12,995 |
| 19.11 | Re-ejecución de liberación de piezas retenidas. | \$ 2,275 | | \$ 2,275 | \$ 2,548 | | \$ 2,548 |
| 19.12 | Re-ejecución de Apicectomía. | \$ 8,500 | | \$ 8,500 | \$ 9,520 | | \$ 9,520 |
| 19.16 | Re-ejecución de Frenectomía. | \$ 3,000 | | \$ 3,000 | \$ 3,360 | | \$ 3,360 |

*NOTA: Las piezas supernumerarias tendrán la siguiente numeración que las identifica 99 - 98 - 97 - 96 y así sucesivamente.

Anexo 3



NORMAS DE TRABAJO

Requisitos administrativos y técnicos que debe reunir la documentación y facturación presentada por los prestadores adheridos al sistema por intermedio de la Entidad Odontológica para su aceptación por parte del IOMA

Normas generales: La documentación que se envíe al IOMA deberá encontrarse completada en todas sus formas según los datos solicitados en cada una de ellas, Ficha Odontológica, Recibo de pago por Co-Seguro (Bono Odontológico), Órdenes Radiográficas, Bonos correspondientes al Plan Materno Infantil, etc, y de conformidad a lo establecido en las NORMAS DE FACTURACIÓN.

Categorización profesional: Se reconocerán las especialidades otorgadas por el Colegio de Odontólogos para los capítulos de Endodoncia, Odontopediatría y Cirugía. La ENTIDAD ODONTOLÓGICA enviará el listado de profesionales categorizados al IOMA para la toma de conocimiento, junto con la documentación que lo acredite como tal. El afiliado no abonará suma extra alguna para ser atendido por dichos profesionales. Solo abonará el bono de coseguro odontológico vigente y el copago en caso de que corresponda. La ENTIDAD ODONTOLÓGICA abonará a dichos profesionales hasta un cincuenta por ciento (50%) más sobre el valor establecido para las prácticas efectuadas, gasto que será absorbido dentro de la cápita.

Queda abierta la incorporación de especialistas para los diferentes capítulos del nomenclador, previa intervención de la Comisión Mixta conformada por la Entidad y el IOMA (Departamento Auditoría y Fiscalización Odontológica).

CAPITULO I: Consulta - Fichado

Consulta - Fichado: este código incluye el examen clínico, la confección del odontograma y de los datos que se encuentran insertos en la ficha odontológica (Anexo 11). Se facturará una sola vez por beneficiario cuando demande servicio por el mismo prestador o por otro profesional integrante del poli consultorio y/o clínica. Para su reconocimiento, se deberá adjuntar una ficha odontológica debidamente cumplimentada con el estado bucal del paciente y la firma del mismo o tercero en los casilleros destinados a tales fines. Cualquier prestador adherido al sistema que prestare servicios por primera vez a un afiliado de IOMA, deberá realizar y facturar el código 01.01 previo a cualquier código del Nomenclador. Caso contrario, se descontarán todas y cada una de prácticas que no se encuentren precedidas por dicho código en los registros del IOMA (Historia Bucal) hasta tanto no se cumplimente la norma establecida en el presente anexo. El afiliado deberá abonar el coseguro odontológico (Bono Odontológico) cuyo valor se establece en el Anexo 2.

Consulta preventiva profiláctica: el presente código podrá facturarse cada seis meses. Para facturar este código, deberá transcurrir por lo menos el lapso indicado anteriormente desde la facturación de la última prestación (sea esta cual fuere), y no podrá estar acompañado de ninguna otra práctica. El paciente no debe presentar patología alguna de tejidos duros ni blandos.

Consulta de mantenimiento: Solo para prestadores que posean perfil preventivo, cumpliendo los siguientes ítems:

Sin obturaciones realizadas dentro de los 24 meses de facturado un sellador.

Sin gran porcentaje de extracciones posteriores a tratamientos endodónticos dentro de los 5 años.

Se podrá facturar pasados los 6 meses de la última práctica. Se factura con ficha con odontograma completo. El paciente no debe presentar patologías. No se acepta facturación de otras prácticas hasta pasados 3 meses desde la facturación de este código.

Módulo preventivo: Solo para prestadores que posean perfil preventivo, cumpliendo los siguientes ítems:

Solo podrá ser facturado por especialistas en Odontopediatría, salvo en las localidades donde no haya prestadores con especialidad reconocida por el Colegio de Odontólogos, en cuyo caso será la Entidad Odontológica la que designe los profesionales.

Sin gran porcentaje de extracciones posteriores a tratamientos Endodónticos dentro de los 5 años.

Incluye el código 01.02.01

Se podrá facturar pasados 6 meses de la última práctica.

Se factura con ficha con odontograma completo. El paciente no debe presentar patologías. No se acepta facturación de otras prácticas hasta pasados 3 meses de facturado este código.

Puede ir acompañado del código 05.01 o 05.03 en los casos que sea necesario realizar esa práctica.

Consulta de estomatología: sólo podrá ser facturada por especialistas Estomatólogos o los profesionales que hayan realizado el curso del Programa de Cáncer Bucal. Se presenta con ficha con odontograma completo. y ficha de tejidos blandos. Se podrá facturar cada 6 meses. Incluye los controles posteriores dentro de los 6 meses. No incluye lesiones simples (herpes simples, aftas, queilosis, etc.).

Módulo de embarazo: se reconocen hasta 3 códigos durante el embarazo (no mas de uno por trimestre). Se factura con ficha con odontograma completo y ficha periodontal completa.

El paciente no debe presentar patologías. Incluye a los códigos 05.01 u 08.02. No se acepta facturación de otras prácticas hasta pasados 3 meses de facturado este código. Hasta pasados 6 meses no se podrá facturar un código 01.02.01.

01.09 Consulta de derivación: la facturará el profesional que recibió la derivación. Cuando un profesional reciba una derivación y considere que no es necesario realizar la práctica derivada, podrá facturar este código y durante el lapso de 6 meses no se podrá facturar ningún tratamiento en esa pieza dentaria, salvo autorización del IOMA. El bono de derivación donde se factura el código 01.09 deberá ser acompañado de la ficha dental enviada por el profesional que deriva la práctica, y en un recetario se debe aclarar el motivo que justifique la no realización de la misma.

CAPITULO II - Operatoria Dental

Restauración plástica-amalgama: las prácticas de este capítulo se abonan y auditan por pieza tratada, independientemente de su topología. Las restauraciones se reconocerán nuevamente del mismo profesional a los dos (2) años de realizada, haciéndose responsable el profesional de la misma para cualquier tipo de obturación que la pieza requiera durante

ese lapso. Sólo se considerará finalizada la práctica y apta para su facturación cuando en la misma se hayan cumplido todos los pasos del tratamiento y su obturación se encuentre realizada con el material descrito en el presente párrafo. El afiliado deberá abonar el copago, el valor establecido en el Anexo 2, por cada práctica.

Restauración plástica-fotocurado: los materiales que serán cubiertos y reconocidos por el IOMA son los que se encuentran dentro de la clasificación de materiales plásticos de restauración como, por ejemplo y a solo efecto enunciativo, composite de autopolimerización composite de fotopolimerización componeros ionómeros vítreos, etc. Las restauraciones se reconocerán al mismo profesional luego de dos (2) años, haciéndose responsable el profesional de la misma para cualquier tipo de obturación que la pieza requiera durante ese lapso. Sólo se considerará finalizada la práctica y apta para su facturación cuando en la misma se hayan cumplido todos los pasos del tratamiento y su obturación se encuentre realizada con el material descrito en el presente párrafo. El afiliado deberá abonar un copago por cada práctica, según el valor establecido en el Anexo 2.

CAPITULO III Endodoncia

En el presente capítulo se produce la clasificación de acuerdo a la anatomía radicular y el correspondiente desdoblamiento de los códigos 03.00.

De los códigos originales se desprenden códigos alternativos, lo que posibilitará diferencias los tratamientos realizados por el profesional de cabecera, los que fueren tratamientos derivados a otro prestador y los que deban re ejecutar por el prestador actuante o por derivación.

Para realizar tratamientos endodónticos, el profesional actuante deberá contar en su consultorio con aparatos de Rx, que deberá declarar al IOMA (Declaración Jurada) por medio de la Entidad Primaria.

La facturación de dichas placas deberá acompañarse de su número de pieza y número de código respectivo en los casilleros correspondientes para tales fines. Se reconocerán hasta tres (3) placas por tratamiento de conducto.

Se considerará apto para su facturación todo tratamiento que haya cumplido con todos los pasos y se encuentre obturado con sus materiales definitivos.

Los tratamientos endodónticos se codificarán según el número de conductos que tenga la pieza a tratar.

El afiliado deberá abonar un copago según el valor previsto en el Anexo 2, por cada práctica.

Los tratamientos endodónticos se reconocerán al mismo profesional, luego de tres (3) años de realizado.

Tratamiento endodóntico de piezas unirradiculares.

Tratamiento endodóntico de piezas de tres conductos.

Tratamiento endodóntico de piezas de cuatro conductos.

Biopulpectomía parcial

Tratamiento endodoncia permanentes jóvenes (unirradiculares)

Tratamiento endodoncia permanentes jóvenes (multirradiculares)

Protección culpar directa.

Códigos para derivación: para cada uno de los códigos del Capítulo III existen códigos de derivación. A cada uno de ellos se les cambiará el número cero (0) que ocupa el tercer dígito del código por el número uno (1), quedando confeccionado de la siguiente manera:

Tratamiento endodoncia (unirradiculares)
Tratamiento endodoncia (dos raíces)
Tratamiento endodoncia (tres raíces)
Tratamiento endodoncia (cuatro raíces)
Biopulpectomía parcial
Tratamiento endodoncia permanentes jóvenes (unirradiculares)
Tratamiento endodoncia permanentes jóvenes (multirradiculares)
Protección culpar directa.

Estos códigos serán facturados cuando el profesional actuante lo haga por pedido del odontólogo de cabecera del afiliado en atención. La derivación se constatará por medio de un formulario de derivación que el prestador deberá enviar adosado a la ficha dental debidamente cumplimentada, mientras que en el odontograma deberá marcar únicamente la pieza tratada. Este formulario (sin valor para el afiliado) reemplazará el Recibo de Coseguro odontológico (Bono odontológico). En caso que el profesional al cual fuera derivada la práctica facture el código original y adjunte un bono odontológico, el Sistema rechazará dicha facturación. Para que sea aceptada la misma, se deberán enviar: ficha dental según explicación anterior, formulario de derivación (completado por el profesional de cabecera y el que realiza la práctica según lo prescripto en el mencionado formulario) y firma del afiliado.

Códigos para re ejecución por derivación: en caso de coincidir la re ejecución de una práctica siendo esta por derivación, el código alternativo reemplazaría el número cero (0) del tercer dígito del código por el número siete (7), quedando configurado de la siguiente manera:

Tratamiento endodoncia (unirradiculares)
Tratamiento endodoncia (dos raíces)
Tratamiento endodoncia (tres raíces)
Tratamiento endodoncia (cuatro raíces)
Biopulpectomía parcial
Tratamiento endodoncia permanentes jóvenes (unirradiculares)
Tratamiento endodoncia permanentes jóvenes (multirradiculares)
Protección culpar directa.

Para poder facturar dicha prestación se deberá remitir al IOMA: ficha dental, bono de derivación y la documentación respaldatoria correspondiente.

Códigos para re ejecución: cuando un profesional debiera facturar una práctica correspondiente a este Capítulo que ya se encuentre realizada por otro prestador y que por sus características morfofuncionales debiera ser practicada nuevamente, el mismo podrá hacerlo bajo las siguientes normas: el número cero (0) que ocupa el tercer dígito del código original deberá ser reemplazado por el número nueve (9); es decir, que los códigos quedarían confeccionados de la siguiente manera:

Tratamiento endodoncia (unirradiculares)
Tratamiento endodoncia (dos raíces)
Tratamiento endodoncia (tres raíces)
Tratamiento endodoncia (cuatro raíces)
Biopulpectomía parcial
Tratamiento endodoncia permanentes jóvenes (unirradiculares)

CAPITULO V - Odontología Preventiva

05.01 Tartrectomia y cepillado mecánico: el presente código se podrá facturar una (1) vez por año por afiliado. Se podrá facturar en pacientes mayores de 12 años y como única práctica al mes.

05.03 Topicación con fluor: la misma se reconocerá cada seis (6) meses y hasta los quince (15) años inclusive.

05.05 Sellantes de puntos y fisuras: se reconocerá hasta los quince (15) años inclusive, está destinado a los primeros y segundos molares permanentes (16,26,36,46,17,27,37 y 47), los premolares (14,24,34,44,15,25,35 y 45) y los incisivos laterales permanentes (cara palatina de 12 y 22). La garantía de las prácticas es un (1) año. Durante ese período no podrá facturar ningún código en las piezas tratadas.

CAPITULO VII - Odontopediatría

Consulta-Motivación-Enseñanza de Cepillado: el presente código incluye la realización de la ficha dental (odontograma). Se reconocerá hasta los doce (12) años de edad y por única vez si el beneficiario requiere asistencia por el mismo profesional. El mes en el que se facture el código 07.01 sólo podrán facturarse dos (2) prestaciones más.

Mantenedor de espacios dentarios: se reconocerá hasta los quince (15) años de edad. Tratamiento de formocresol en dientes primarios: se reconocerá en cualquiera de las piezas temporarias siempre que no se encuentren en períodos de exfoliación natural. Para los mismos, se podrán efectuar las Rx pre y post operatorias debiendo permanecer en poder del prestador por el término de un (1) año.

Inactivación de piezas temporarias hasta cuatro (4) piezas.

Inactivación de caries en piezas temporarias cinco (5) piezas o más.

07.11 Consulta escolar: destinada al grupo etáreo entre 5 y 12 años, se reconocerá durante los meses de febrero, marzo y abril de cada año. Comprende la consulta, asesoramiento de dieta, técnica de cepillado y certificado bucodental.

CAPITULO VIII - Periodoncia

Este código incluye el tratamiento de la inflamación gingival de ambas arcadas, ya sea el mismo medicamentoso (tópico o general) o por métodos o técnicas manuales convencionales. Se podrá facturar el tratamiento terminado. La garantía del mismo será por el término de un (1) año. Dentro de ese lapso no se reconocerá el presente código ni el 05.01 (Tartrectomia y cepillado).

Tratamiento de gingivitis en maxilar superior.

Tratamiento de gingivitis en maxilar inferior.

CAPITULO IX - Radiología

Las radiografías deberán permanecer en poder del profesional prestador por el término de un (1) año. Durante ese período, IOMA podrá solicitar dichas placas en cualquier acto de auditoría de documentación respaldatoria (conforme normas de auditoría), excepto en los casos expresamente indicados en las presentes normas. Las radiografías deberán presentarse en sobres de papel donde conste nombre y apellido del afiliado, número de afiliado, apellido y nombre del profesional y matrícula correspondiente; así como también el mes de facturación. Las radiografías deberán contar con un centrado, definición, y contraste

correctos para su fácil interpretación. La falta de cualquiera de estos requisitos podrá ser causal de descuento por parte de la Obra Social de acuerdo a las normas de auditoría.

09.01 Radiografías periapicales (técnica de cono corto y cono largo): el presente código se abonará por placa radiográfica. Se deberán facturar cada una por separado la/s pieza/s incluida/s en cada una de ellas. Las únicas placas que pueden ser agrupadas son las medias seriadas (09.07) y la seriada completa (09.14). Deberá transcurrir un plazo mínimo de seis (6) meses si le fuera solicitada una Radiografía Panorámica.

En el caso de maxilares desdentados o piezas ausentes, se deberá colocar el número de pieza dentaria que correspondería.

09.16 Radiografías Oclusales: solo se reconocerán cuando se efectúen con equipos de kilo voltaje no inferior a 70 kv.

Radiografías Extraorales: al solo efecto enunciativo, mentonaso placa, frontonaso placa, occipitomentoniana, etc.

Radiografías extraorales (por exposiciones subsiguientes)

Condilografías (6 exposiciones): técnica Schuller modificada, incluye tomas comparativas (por cada lado).

Ortopantomografía (radiografía panorámica) se reconocerá una (1) por año. En caso de necesitar una siguiente como control post quirúrgico, deberá requerir autorización a la Entidad correspondiente. Se reconocerán con diagnóstico de ortodoncia hasta los 15 (quince) años inclusive.

No se reconocerán como pre ni como post operatorias de tratamientos implantológicos (salvo aquellos casos contemplados en la Normativa de Implantes).

Telerradiografía: se reconocerá hasta los quince (15) años inclusive. Las mismas no incluyen los estudios ni los trazados cefalométricos.

Sialografías: incluye el estudio con un mínimo de tres (3) placas por glándula y por lado.

CAPITULO X - Cirugía

El afiliado deberá abonar un copago por cada práctica del presente capítulo, según el valor establecido en el apartado IV del Anexo 2.

Consulta estomatológica.

Extracción dentaria simple: se entiende así al procedimiento por el cual es sacada del alvéolo dental.

No se reconocerán las extracciones dentarias de las piezas temporarias que se encuentren en período natural de exfoliación, salvo autorización dada por la Entidad (el odontólogo deberá presentar una planilla de autorización acompañada de la Rx correspondiente, donde quede demostrada la necesidad de extraerla).

Se reconocerán las extracciones de las piezas supernumerarias identificadas con los números 99-98-97-96

Extracción de piezas dentarias retenidas mucosa: Diente que no ha perforado la mucosa bucal y por lo tanto no ha adquirido una posición normal en el maxilar, sin traba osea.

Extracción de piezas dentarias retenidas óseas: diente que no ha erupcionado, presentando una retención ósea de al menos 75% de la pieza. Se reconocerá para los terceros molares (18-28-38 y 48) y para los caninos (13-23-33 y 43).

En el caso de solicitar la práctica para una pieza diferente, el profesional deberá enviar a la entidad una planilla de autorización previa junto con las Rx respaldatorias.

Biopsia de tejidos duros endobucuales.

Liberación de piezas dentarias retenidas: se reconocerá con Rx preoperatoria.

Apicectomía: se reconocerá con la Rx pre y post operatorias donde quede demostrado que se realizó la extirpación quirúrgica del tercio apical de la raíz. Deberá mantener en su poder las Rx durante un período de un (1) año posterior a la fecha de facturación.

Frenectomía: se abonará por cada frenillo abordado.

Sutura de encía: se reconocerá acompañada de los códigos 10.04; 10.08;10.09;10.10;10.12;10.18 y 10.19.

Extirpación de tejido blando (para especialistas)

Extirpación de tejido duro (para especialistas)

Códigos de derivación: para cada uno de los códigos del capítulo décimo, existen códigos de derivación. A cada uno de ellos se les cambiará el segundo dígito cero (0) por el número uno (1), quedando confeccionados de la siguiente manera:

11.01 Extracción dentaria simple

11.04 biopsia de tejidos blandos superficiales endobucuales

Extracción de piezas dentarias retenidas mucosa

Extracción de piezas dentarias retenidas óseas

11.10 biopsia de tejidos duros endobucuales

11.12 Apicectomía

11.16 Frenectomía

Extirpación de tejido blando

Extirpación de tejido duro

Estos códigos serán facturados cuando el profesional actuante lo haga por pedido del odontólogo de cabecera de afiliado en atención. La derivación se contratará por medio de un formulario de derivación que el prestador deberá enviar adosado a la ficha dental debidamente cumplimentada. Este formulario reemplazará al Recibo de Coseguro Odontológico (Bono Odontológico). En caso que el profesional al cual fuera derivada la práctica facture el código original y adjunte un bono odontológico, el sistema rechazará dicha facturación. Para que sea aceptada la misma, se deberán enviar: Ficha dental, Formulario de Derivación (completado por el profesional de cabecera y el que realice la práctica según lo prescripto en el mencionado formulario).

Códigos de Re ejecución: cuando un profesional debiera facturar una práctica correspondiente a este capítulo que ya se encuentre realizada por otro prestador y que por sus características morfofuncionales debiera ser practicada nuevamente, el mismo podrá hacerlo bajo las siguientes normas: los segundos dígitos de cada uno de los códigos originales se reemplazará por el número nueve (9); es decir, que los códigos quedarían confeccionados de la siguiente manera:

19.01 Extracción dentaria simple

Extracción de piezas dentarias retenidas mucosa

Extracción de piezas dentarias retenidas óseas

Liberación de piezas dentarias retenidas: se reconocerá con Rx preoperatoria

Apicectomía

19.16 Frenectomía

Para que estos códigos sean aceptados por el sistema se requiere la ficha dental, el bono odontológico y la radiografía pre y post operatoria de la práctica realizada adjuntadas a la ficha dental dentro de un sobre debidamente cerrado.

Códigos de re ejecución por derivación: en caso de coincidir la re ejecución de una práctica siendo esta por derivación, el código se conforma de la siguiente manera, el segundo dígito del código original por el número siete (7); quedando conformado de la siguiente manera:

Extracción de piezas dentarias retenidas mucosa

Extracción de piezas dentarias retenidas óseas

Liberación de piezas dentarias retenidas: se reconocerá con Rx preoperatoria

Apicectomía

17.16 Frenectomía

Para que estos códigos sean aceptados por el sistema se requiere la ficha dental, el bono odontológico y la radiografía pre y post operatoria de la práctica realizada adjuntadas a la ficha dental dentro de un sobre debidamente cerrado.

Las radiografías serán devueltas al profesional a través de la Entidad correspondiente, debiendo el profesional tenerlas en su poder durante un (1) año, pudiendo el IOMA solicitarlas para realizar fiscalización de documentación respaldatoria.

Códigos para especialistas: Se reconocerá hasta un 50% sobre el valor de la práctica en el nomenclador, para los profesionales categorizados. Dicho monto será absorbido dentro de la cápita correspondiente a la Entidad. El IOMA no abonará diferencia alguna por dichos conceptos. El código se conforma de la siguiente manera: el tercer dígito del código facturado se reemplaza por el número 8 (ocho), quedando conformado de la siguiente manera, al solo efecto enunciativo:

07.81 consulta-motivación-enseñanza de cepillado extracción de pieza dentaria retenida ósea.

PACIENTES DISCAPACITADOS:

Para el Plan de atención de pacientes discapacitados y con alteraciones que dificulten su asistencia Odontoestomatológica, se deberá presentar el correspondiente certificado de discapacidad, emitido por la autoridad competente. El profesional que facture servicios prestados a un paciente discapacitado deberá enviar dos (2) fichas donde insertará las prácticas realizadas con la conformidad del padre o tutor. Una ficha la presentará en el Plan Normal y la otra la presentará en el Plan de Discapacitados, ya que se abonará doble la práctica.

El paciente discapacitado no abonará el Recibo de pago por coseguro (Bono Odontológico), ni los copagos correspondientes.

NOTA: las características especificadas en el presente Anexo (Normas de Trabajo), relacionadas con los códigos de "derivación" "re ejecución" y "de ejecución por derivación", correspondiente a los Capítulos de Endodoncia (capítulo III) o Cirugía (capítulo X), no son válidas para cualquier otra práctica que un profesional prestador derivare a otro odontólogo; incluso cuando se trate de prácticas comprendidas dentro del capítulo IX (Radiología) cuando un profesional enviare a un afiliado con la orden radiográfica correspondiente a un Centro Asistencial especializado para tales fines, al igual que los capítulos I (Consulta, fichado), I (Operatoria Dental) y V (Prevención).

PRACTICAS EXCLUSIVAS PARA PROFESIONALES REFERENTES EN LA PREVENCION DEL CANCER BUCAL

Los afiliados atendidos por la Red de Prestadores especializados en la detección y tratamiento de lesiones precancerosas y cancerosas, no abonan suma alguna para recibir las prácticas mencionadas a continuación:

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|--------|------------------------------|
| 10.00 | Consulta Estomatológica |
| | Extirpación de tejido blando |
| | Extirpación de tejido duro |

La consulta estomatológica incluye:

- Interrogatorio
- Examen clínico
- Confección de ficha clínica
- Interpretación de estudios previos
- Solicitud de nuevos estudios de acuerdo al caso
- Indicación de tratamiento

Los gastos ocasionados por la atención de los afiliados para los códigos mencionados ut supra serán absorbidos por la Entidad de la cápita abonada por el IOMA.

Anexo 4

NORMAS DE FACTURACIÓN

El IOMA aceptará las liquidaciones de las prestaciones realizadas por los profesionales adheridos voluntariamente al sistema entre los días 1 y 5 de cada mes, correspondientes al mes inmediato anterior, en soporte informático con lenguaje compatibilizado previamente consensuado por las partes, conforme los requisitos, formas y condiciones establecidas en el presente Anexo.

En caso de no ser laborable el último plazo de presentación, el IOMA aceptará la misma el día hábil inmediato posterior.

Previo acuerdo de las partes, podrán incorporarse las modificaciones que constituyan beneficios y adelantos en el funcionamiento del proceso computarizado de la información, permitiendo de esta manera un mejoramiento continuo en el cogerenciamiento del presente convenio.

Ficha odontológica:

Deberá contener los datos y adecuarse al modelo que se adjunta en el presente convenio. Deberán completarse en todas las oportunidades con el nombre del paciente, número de credencial (un dígito por casillero), domicilio, teléfono, dependencia en la que presta servicios el afiliado directo, edad, DNI del paciente, y conformarse bajo las condiciones expuestas en el Anexo 3 (Normas de Trabajo) del presente convenio. Luego de culminada la totalidad de prestación, el afiliado o tercero deberá insertar su firma en la ficha odontológica en los casilleros destinados para tales fines. La misma deberá ocupar únicamente el casillero correspondiente de la prestación en cuestión. No se aceptarán las fichas en las cuales una sola firma ocupare más de un casillero. La ficha deberá presentarse acompañada por el recibo de coseguro odontológico (Bono Odontológico) cuya serie y número se encontraran insertos en los casilleros correspondientes con que cuenta la ficha odontológica para tales fines. El bono odontológico, expedido por la Entidad Odontológica, deberá completarse con los datos del profesional y del paciente en los lugares respectivos, acompañado esto por firma y aclaración del afiliado y firma y sello del profesional actuante. Cuando se trate de un paciente derivado por otro profesional, se reemplazará el bono odontológico por el formulario de derivación (bono de derivación) que será provisto por la Entidad Odontológica para cada uno de los profesionales que conformen el listado de prestadores y se deberá encontrar completo en todas sus partes y firmado por el prestador derivador, el profesional que realiza la práctica y el afiliado asistido o tercero.

En caso de corresponder a prestaciones del Plan Materno Infantil (PLAN MAMI), se deberá enviar la ficha donde conste en el ángulo superior derecho que pertenece a dicho plan, aún cuando el afiliado no tenga en su poder el bono que contienen la chequera de dicho Plan.

Respecto a los afiliados incluidos en el Plan Ex Combatientes, se deberá adjuntar a la ficha fotocopia del carnet de Ex Combatiente que lo acredita como tal, mencionando en el ángulo superior derecho de la ficha la pertenencia a este plan.

En caso de que los convenios que el IOMA mantiene con otras provincias (Convenios de Reciprocidad), la ficha deberá estar acompañada de la autorización provisoria de la delegación de IOMA correspondiente, que se encuentre vigente y fotocopia del DNI del paciente.

Detalle de las facturaciones que registran las prestaciones:

La Entidad Odontológica deberá presentar los detalles de las facturaciones mensuales diferenciadas por profesional prestador y por Círculo, Agremiación o Asociación, de acuerdo a las características de cada una de las entidades. En caso de corresponder a una Entidad que nuclea instituciones, al finalizar el resumen presentado mensualmente de cada una de ellas, el responsable de la entidad secundaria deberá firmar y aclarar con su sello avalando la presentación mencionada. En caso de tratarse de Entidad Primaria que mantiene convenio con el Instituto, el aval del responsable de la misma (firma y sello aclaratorio) deberá encontrarse en el resumen total de la facturación que contendrá los siguientes datos: Plan al que pertenece la facturación (normal, Plan Mami, Ex Combatientes, etc.), número de factura, cantidad total de prestaciones de ese Plan, cantidad total de profesionales que facturaron esas prestaciones, cantidad total de afiliados atendidos por esos profesionales y monto total liquidado en pesos.

Factura de la Entidad solicitada por la Dirección de Finanzas del IOMA. Estadísticas de las prestaciones facturadas en un número de dos (2) ejemplares. Soporte magnetico, según los parámetros acordados, acompañado de nota aclaratoria con el número de prestaciones (registros).

Enmiendas permitidas:

Todas las enmiendas que realice el profesional prestador deberán salvarse con la palabra "vale" o la palabra "digo", acompañada de la frase aclaratoria que fue colocada sobre la enmienda; y se avalará con la firma y sello aclaratorio del odontólogo prestador. El espacio reservado para tales fines será el campo Observaciones de la ficha o bono.

Bajo ningún concepto se aceptará como enmienda la que se encuentre sobre las firmas del afiliado en los casilleros de las fichas o el espacio del bono odontológico (o formulario de derivación según corresponda) reservado para tales fines.

Descuentos Administrativos:

De la auditoría y fiscalización administrativa que realice el Departamento de Auditoría y Fiscalización Odontológica del IOMA, se debitarán las prácticas que correspondan -producto de los errores que eventualmente cometiere/n el/los profesionales sobre las fichas y/o bonos; según los ítems detallados a continuación:

| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN |
|--------|--|
| 1 | Prestación desconocida/ no corresponde |
| 2 | Falta firma del odontólogo |
| 3 | Falta firma del paciente |
| 4 | Numero de afiliado erróneo |

| | |
|---|----------------------------------|
| C | No cumple normas de bioseguridad |
|---|----------------------------------|

| | |
|---|---|
| D | No corresponde código |
| E | Sin enmendar cambios |
| F | Ficha incompleta |
| G | Falta ficha odontológica |
| H | Falta ficha periodontal |
| J | Odontograma incompleto |
| L | Tratamiento ya practicado |
| M | Falta diagnóstico Rx |
| P | Pieza errónea |
| U | Falta /incompleta H clinica, diagnostico Rx |
| W | Bono incompleto |
| + | Falta sello profesional |

Sistema Computarizado:

Los códigos y registros que se detallan a continuación forman parte de los datos con los que se deben confeccionar los soportes magnéticos para el correcto ingreso de la información al sistema de contralor computarizado de la Dirección Sistemas Información y Estadística (D.S.i.E.) y del Departamento de Auditoría y Fiscalización del IOMA. Los mismos están sujetos a modificaciones que acordaren las partes.

CÓDIGOS DE PLANES VÁLIDOS CÓDIGO/REGISTRO DESCRIPCIÓN

DISCAPACITADOS

PLAN BUCO DENTAL INFANTIL

NORMAL

PLAN MATERNO INFANTIL

99 PRÓTESIS

CX CIRUGÍA MAXILOFACIAL/IMPLANTES

L0 CONVENIO DE RECIPROCIDAD

L8 EX COMBATIENTES

CÓDIGOS DE REFACTURACIÓN CÓDIGO/REGISTRO — DESCRIPCIÓN R1 NORMAL

R2 PLAN MATERNO INFANTIL

R3 DISCAPACITADOS

R0 CONVENIO DE RECIPROCIDAD

R8 EX COMBATIENTES

R9 PRÓTESIS

CÓDIGOS DE ENTIDADES ODONTOLÓGICAS VÁLIDOS. CODIGO ENTIDAD

AC ASOCIACION DE CLINICAS