

ANEXO II

NORMAS PARA LA ATENCIÓN DE AFILIADOS PERTENECIENTES A LA CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ESCRIBANOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Los odontólogos que hayan adherido a los convenios establecidos entre la Caja de Seguridad Social para Escribanos de la Provincia de Buenos Aires y la Entidad a la cual pertenecen, adecuarán sus tareas a las normas que van a continuación, y cuya observancia es necesaria para la debida automatización del sistema de control y para facilitar la agilización de los trámites que supone el aspecto administrativo de las liquidaciones presentadas.

Para hacer uso del denominado "sistema de atención por convenio", los afiliados deberán recurrir a cualquiera de los profesionales que atienden por este régimen munidos de los documentos que los acrediten como tales, único requisito que debe cumplimentar para iniciar su asistencia. Si fuere **adherente** deberá, además, presentar el recibo de pago de la cuota del mes en que solicita la prestación, sin excepción. En caso contrario, los importes facturados serán debitados. Finalizados los trabajos, los interesados procederán a firmar, en los renglones correspondientes, la ficha odontológica que le presentará el profesional, con lo que se dará carácter de autenticidad a la prestación recibida.

La Caja de Seguridad Social se hace cargo en forma total (100 %) de los trabajos consignados en los códigos incluidos en las tablas arancelarias.

CONFECCION DE LA FICHA ODONTOLOGICA

Es requisito indispensable que el profesional haya registrado con claridad y precisión todos los datos solicitados en la ficha odontológica correspondiente.

1) Anverso de la ficha

a) La ficha se confecciona a nombre del paciente. Debe constar el número de afiliado, domicilio, fecha de nacimiento y parentesco.

En lo referente al profesional actuante deben consignarse los siguientes datos: apellido y nombre, matrícula, domicilio y teléfono.

b) Importante: registrar en color rojo todos los tratamientos anteriores que presente el afiliado y en color azul los tratamientos que sea necesario realizar, utilizando el sistema de "referencia" que figura en el anverso. Se marcará en rojo todas las superficies que hayan sido obturadas con anterioridad al examen.

c) En caso de encontrar una pieza ausente en el momento de confeccionar la ficha, se colocará sobre la pieza correspondiente un signo rojo en forma de X. Si, fehacientemente, se trata de una extracción, se asentarán dos rayas horizontales (-).

d) Marcar en color azul todo el contorno de las superficies afectadas en caries.

e) En los casos en que esté indicada la extracción de la pieza dentaria, será marcada con una línea azul horizontal (-).

f) En el sitio destinado a ese efecto, debe indicarse el número de piezas dentarias existentes en el momento de proceder a consignar los datos requeridos.

2) Reverso de la ficha

a) Se registrarán en orden cronológico, todas las prácticas que hayan sido finalizadas, no asentándose los pasos intermedios.

b) Para dar validez a la ficha odontológica, el profesional deberá retenderla en el lugar reservado para tal fin.

Caja de Seguridad Social para Escribanos de la Provincia de Buenos Aires

c) Todos los trabajos realizados deben ser certificados, renglón por renglón, por la firma del afiliado o de un familiar.

d) Siempre debe registrarse la primera consulta (código 01.01), indicándose la fecha y llevar la firma de la persona atendida.

e) En la columna "código" se deberá especificar el tratamiento realizado, mediante la utilización del número de código que figura en la nómina de prácticas reconocidas en el anexo.

f) En la columna "pieza dentaria" debe identificarse la unidad dental tratada de acuerdo a la numeración del diagrama existente en la ficha.

g) En la columna "ubicación" debe especificarse la cara - o las caras - de la pieza dentaria tratada.

h) Columna "fecha": para cada una de las prestaciones debe especificarse el día en que fue realizada.

NORMAS PARTICULARES

A continuación se indican algunas disposiciones que deberán tener en cuenta al utilizar los distintos capítulos del Nomenclador.

1) Capítulo I

a) El código 01.01 será reconocida y podrá facturarse por única vez, cualquiera fuese el número de veces que el afiliado demande los servicios del mismo profesional. Posteriormente (a partir de los seis meses de la última prestación) se podrán facturar consultas preventivas periódicas cada seis meses (código 01.06) siempre y cuando no estén acompañadas de otras prácticas.

b) Horario nocturno considerado: de 22 a 7 hs., siempre que no coincida con las horas de consulta del profesional.

c) Código 01.03: solamente para enfermos impedidos que torne imposible su concurrencia al consultorio.

d) Código 01.04: a los fines prácticos, se aclara que es considerado como tal, prestaciones como pericoronaritis, estomatitis, cementado de coronas o puentes, hemorragias, alveolitis, etc., es decir todo lo que signifique una consulta de urgencia y que no constituya paso intermedio de tratamiento. En todos los casos es necesario indicar el tipo de atención dispensada.

2) Capítulo II

a) Las obturaciones de amalgama deberán tener una duración mínima de tres años para el reconocimiento de una nueva práctica, mientras que para las restauraciones estéticas (cualquiera sea la técnica y el material utilizado) ese requisito es de dos años. Pasado un año podrá facturar otra restauración en otra cara de la misma pieza dentaria.

b) Durante esos lapsos no se abonará la repetición de las mismas, salvo casos de fracturas, circunstancia que deberá aclararse como asimismo enviar las correspondientes radiografías.

c) Para las piezas dentarias que hayan sido obturadas, no se reconocerá la extracción hasta un año después de la obturación.

d) Para las reconstrucciones con tornillo en conducto (códigos 02.17 y 02.18), y de ángulo con refuerzo metálico (diente anterior, 02.09) se acompañarán la radiografía postoperatoria.

3) Capítulo III

a) En todos los tratamientos endodónticos, es indispensable la presentación de radiografías pre y postoperatorias, requisito sin el cual no se dará curso a la liquidación correspondiente.



b) En los tratamientos totales se autoriza hasta cuatro radiografías (preoperatoria, conductométrica, coronométrica y postoperatoria). Si se facturan radiografías intraoperatorias, estas también deben presentarse con la facturación.

c) El tratamiento denominado "neuropulpectomía parcial" (monificación) sólo se reconocerá en molares y premolares, cuando sea imposible el acceso a los conductos radiculares.

d) Se reconocerán como tratamientos multiradicales los que permitan constatar por medio de las radiografías presentadas la presencia y tratamiento de dos o más conductos radiculares.

4) Capítulo IV

a) En los valores estipulados para las prácticas realizadas como prótesis fijas, el monto corresponde al total del código, estando incluido el material utilizado. ~~No existen topes mensuales ni anuales, las limitaciones podrán ser observadas en la auditoría previa.~~

b) Referente al rubro "prótesis fija", deberá solicitarse autorización previa adjuntando a la ficha las radiografías preoperatorias. En las prótesis extensas denominadas "rehabilitación oral", deberá aportarse los elementos valorativos (historia clínica, modelos, plan de tratamiento, Rx intraorales, panorámicas, etc.) que faciliten la adecuada evaluación de los trabajos a realizar. Con la facturación de los trabajos deberá presentar las radiografías postoperatorias correspondientes.

c) En las prótesis removibles parciales y completas también deberá solicitar autorización previa.

d) Código 04.02.05: Prótesis parcial inmediata. En este código están comprendidos la cubeta individual, los retenedores, cualquier número de dientes, un eventual rebasado y los pertinentes controles. No se reconocerá la facturación de la prótesis definitiva hasta un lapso de seis meses.

e) Código 04.03.03: Prótesis completa inmediata. Las mismas disposiciones del código 04.02.05, excepto "retenedores" y "dientes".

f) En el rubro "prótesis" no existe coseguro. La Caja abonará el 100% del valor total de las prótesis.

g) Reconocimiento de los trabajos ("garantía")

Prótesis removible: cuatro años.

Prótesis fija: cinco años.

Incrustaciones: 3 años

El código 04.01.11 (corona de acrílico) tendrá una "garantía" de 10 meses.

h) El "rebasado" se podrá facturar después de los ocho meses de instalada la prótesis, luego uno por año. Deberá realizarse en acrílico termocurable.

i) Para las prácticas de este Capítulo, la Caja requerirá al profesional actuante las radiografías preoperatorias y postoperatorias para una mejor evaluación del tratamiento. ~~Las mismas podrán ser facturadas antes de la prótesis o sea realizadas por el mismo profesional.~~

j) Las cubetas individuales se podrán facturar cuando se realicen prótesis completas y parciales a extremos libres.

5) Capítulo V

a) El código 05.01 se reconocerá una vez por año.

b) El código 05.02 podrá facturarse una vez cada seis meses hasta los trece años de edad, por tratamiento y en ambas arcadas. A partir de esa edad deberá

Caja de Seguridad Social para Escribanos de la Provincia de Buenos Aires

fundamentarse su empleo y requiere autorización para utilizarlo. Incluye el código 05.01.

c) La enseñanza de las técnicas de higiene se reconocerá por una sola vez.

d) Código 05.05: Selladores y fisuras. Se reconocerá semestralmente, pudiendo la Caja solicitar autorización previa para su ejecución. Deben especificarse las piezas tratadas y las caras tratadas.

6) Capítulo VI

Sólo podrán facturar via convenio los odontólogos incluidos en la nómina de la especialidad de ortodoncia u ortopedia que figuran en el Anexo IV y los que en el futuro se incorporen.

a) Se requerirá autorización para iniciar el tratamiento remitiendo a la Caja los siguientes elementos:

- 1.- Modelos articulados (*).
- 2.- Diagnóstico morfo-funcional del caso a tratar.
- 3.- Pronóstico.
- 4.- Plancamiento del tratamiento.
- 5.- Duración aproximada del mismo.
- 6.- Aparatología a emplear.

(*) Si presentaran inconvenientes para obtener o enviar los modelos de yeso, podrán ser reemplazados por los siguientes elementos:

- 1- Fotografías de frente y perfil facial.
- 2- Fotografía de las arcadas dentarias en oclusión mostrando la línea media.
- 3- Fotografía de las arcadas dentarias en oclusión mostrando las llaves caninas y molar de ambos lados
- 4- Radiografía Panorámica o Teleradiografía de perfil.

b) Los tratamientos de ortodoncia incluyen toda la aparatología necesaria para la corrección de la anomalía hasta su finalización, incluyendo la contención y los controles post-tratamiento inmediatos.

c) La pérdida de los aparatos colocados o sus roturas por causas atribuibles al mal uso de los mismos, no están comprendidos en los valores reconocidos por el presente capítulo.

d) La Caja hará efectivos los importes que fijen los aranceles vigentes en tres etapas, distribuidos de la siguiente manera:

1.- Primera etapa: Al iniciar el tratamiento y con la aparatología colocada.

2.- Segunda etapa: Cuando se considere - pose a lo relativo de la estimación - que el tratamiento se encuentra en la mitad del tiempo estimado para su ejecución, etapa cuya determinación se deja librada al criterio y certificación del ortodontista.

3.- Tercera etapa: Al finalizar el tratamiento, con la certificación pertinente y los modelos finales zocalados, (*) o las fotografías mostrando los resultados obtenidos (frente y perfil facial, y de las arcadas dentarias en oclusión mostrando la línea media, las llaves caninas y molar de ambos lados) y la conformidad del afilado.

e) Los porcentajes se harán efectivos en base a los montos arancelarios vigentes al momento de cada facturación.

f) En el Capítulo "Ortodoncia" no existe coseguro. La Caja abonará el 100% del valor total de los tratamientos de ortodoncia y ortopedia. ~~No hay límites de edad para los tratamientos de ortodoncia, las radiografías podrán ser observadas en la autorización previa.~~

Las "etapas" se abonarán de acuerdo a estos porcentajes: primera etapa (40%), segunda etapa (20%) y tercera etapa (40%).

g) El código 06.02 (tratamiento de la dentición primaria o mixta) se autorizará en los siguientes casos:

- 1.- Malformaciones congénitas y traumatismos maxilofaciales.
- 2.- Mordidas invertidas.
- 3.- Mordidas abiertas verdaderas.
- 4.- Atresia de los maxilares.
- 5.- Disto-oclusión.
- 6.- Mesio-oclusión.

Todas estas alternativas deben ser acompañadas de los elementos requeridos para otros códigos del presente capítulo.

h) El código 06.03 (tratamiento de la dentición permanente) comprende la corrección total de la anomalía, cualquiera sea la técnica usada.

i) El código 06.04 comprende los casos de ortodoncia interceptiva con espacio (cerrar diastema, pasar un diente, etc.).

(*) Las fotografías aludidas e incluso las Radiografías podrán ser presentadas por medios electrónicos (CD, DVD o por e-mail)

7) Capítulo VII

a) Para los "mantenedores de espacio fijos" y coronas deberán enviarse las radiografías postoperatorias.

b) El código 07.06.02 no incluye el tratamiento de conducto.

c) La Caja podrá requerir, cuando lo estime necesario para la evaluación de los trabajos, radiografías pre y postoperatorias para las distintas prácticas comprendidas en este Capítulo.

d) Cuando se facture un mantenedor de espacio deberá marcarse en la ficha la pieza ausente del espacio que se quiere mantener.

8) Capítulo VIII

a) El código 08.01 se reconoce una vez por año y en el mismo está incluido el código 01.01

b) Los códigos 08.03 y 08.04 se abonarán "por sector" cuando se traten por lo menos de cuatro piezas dentarias. En caso contrario se considerarán "por pieza", efectuándose la estimación que corresponda. A esos fines se establece como de seis piezas la región anterior (canino a canino) y como de cinco piezas las regiones posteriores.

c) El código 08.02 comprende todos los cuadros gingivales cualquiera fuese su etiología, incluyendo: tartrectomía, raspaje, control de placa, enseñanza de cepillado y una eventual gingivoplastia.

d) El código 08.05 se reconocerá cuando se detalle el estudio de la oclusión y el análisis de los factores traumatizantes, remitiendo los elementos de juicio para su evaluación.

e) En los tratamientos periodontales (cód. 08.03 y 08.04), deberá solicitarse la correspondiente autorización con el envío de la ficha periodontal y las radiografías preoperatorias, las que serán devueltas.

f) Si hubiese necesidad de repetir algún tratamiento se requerirá autorización previa.

g) El código 08.06 incluye la cubeta individual y controles posteriores.

h) El código de mantenimiento de la salud periodontal (cód. 08.07) podrá facturarse a los seis meses de finalizado el tratamiento. Posteriormente, una vez por año. Si fuese necesario realizarlo con mayor frecuencia se solicitará autorización explicando los motivos. No podrá facturarse con los códigos 01.06, 08.01, 05.01 ni 05.02.

i) La cobertura también en este Capítulo es del 100% a cargo de la Caja.

9) Capítulo IX

a) Sólo se aceptarán radiografías seriadas de boca en los siguientes casos: periodoncia, ortodoncia e investigación de focos sépticos (una por año) o en pacientes con numerosas patologías.

b) En todos los casos deberá indicarse el motivo que originó la práctica. Si se extiende una orden radiográfica para ser realizada por terceros, en ella deberá indicarse el motivo o el diagnóstico presuntivo.

c) Será rechazada toda radiografía que no presente un mínimo aceptable de condiciones técnicas, no abonándose en estos casos los tratamientos correspondientes.

d) Las radiografías que no tengan que presentarse acompañando el tratamiento, deberán quedar en el archivo profesional por el término de un año.

e) Norma particular para el código 09.01.01:

- Se admiten cuatro tomas.
- De cinco (5) a siete (7) películas se facturan como código 09.01.04.
- De ocho (8) a nueve (9) películas se facturan como código 09.01.04 más una o dos veces el código 09.01.01, según corresponda.
- De diez (10) a catorce (14) películas se facturan como código 09.01.05.

f) Códigos 09.02.01 y 09.02.02: comprenden todas las radiografías extraorales de la especialidad, exceptuando los códigos 09.02.03/04/05/06.

10) Capítulo X

Como condición indispensable para el reconocimiento de las diferentes prácticas comprendidas en este Capítulo, deben remitirse los siguientes controles radiográficos:

a) En la extracción de dientes retenidos submucosos e intraóseos y en las germenectomías se requieren radiografía pre y postoperatoria.

b) Apicectomía: radiografías pre y postoperatorias.

c) Extracción de cuerpos extraños del seno maxilar o maxilares. Rx pre y postoperatorias.

d) Radicectomía: pre y postoperatorias.

Caja de Seguridad Social para Escribanos de la Provincia de Buenos Aires

- e) Código 11.62 radiografía preoperatoria.
- f) Tratamiento de osteomielitis: radiografía preoperatoria.
- g) Código 11.63 radiografía preoperatoria.

Para el reconocimiento de las diferentes prestaciones especificadas en este Capítulo, la Caja se reserva el derecho de solicitar la documentación que estime necesaria para la evaluación y calificación de la práctica realizada.

NOTAS.

* Para las circunstancias previas que lo requieran, el odontólogo interviniente deberá solicitar el formulario, quien lo remitirá a esta Caja, que a la brevedad lo devolverá al mismo con la calificación pertinente si correspondiera.

* En las circunstancias especiales o por las características particulares del caso, no se pudiesen cumplir con las normas precisadas, se deberá consultar a la Caja para las excepciones que pudieran corresponder.