

Pergamino, 05 de julio 2019



**CIRCULO
ODONTOLOGICO
DE PERGAMINO.**

Fundado el 27 de Julio de 1932
Personería Jurídica N° 348/79
Afilado a F.O.P.B.A.

CIRCULAR INFORMATIVA Nº 29

**Ref: Caja de Seguridad
para Escribanos de la Pcia. De Bs. As.**

Aumento de Aranceles

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ustedes, con el objeto de informarles que se acordó aplicar un nuevo incremento de aranceles a **CAJA DE SEGURIDAD PARA ESCRIBANOS DE LA Pcia. De BS.AS** que rigen a partir del 01 de JULIO, 01 de AGOSTO Y 01 de SEPTIEMBRE del corriente año.

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.

CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ESCRIBANOS DE LA PCIA. DE BS.AS.

07, 08 y 09-2019



**CIRCULO
ODONTOLOGICO
DE PERGAMINO**

Fundado el 27 de Julio de 1932
Personería Jurídica N° 348/79
Afilado a F.O.P.B.A.

Identificación del beneficiario: carnet y dn

Nomenclador cubierto: se adjunta

Cobertura de la Obra Social: 100%.

Normas de trabajo: se adjuntan

Presentación de la facturación: del 07 al 14 de cada mes.

NOMENCLADOR	07-2019	08-2019	09-2019
CAPITULO I – consultas			
01.01 – examen diagnóstico fichado	\$ 555	\$ 590	\$ 620
01.02 – consulta nocturna , domingo y feriado (urgencias)	\$ 845	\$ 895	\$ 945
01.03 – visitas a domicilio	\$1.375	\$1.455	\$1.535
01.04 – consultas de urgencia, prestación que no constituya paso intermedio de tratamiento	\$ 555	\$ 590	\$ 620
01.06 – consulta preventiva periódica	\$ 554	\$ 590	\$ 620
CAPITULO II – operatoria dental			
02.01 – obt. c/amalgama- cavidad simple	\$ 975	\$1.030	\$1.085
02.02 – obt. c/amalgama – cavidad compuesta	\$1.165	\$1.230	\$1.300
02.03 – obturación con amalgama – cavidad compleja	\$1.375	\$1.455	\$1.535
02.04 – obturación con amalgama – reconstrucción con tornillo en conducto	\$1.570	\$1.660	\$1.750
02.09 – reconstrucción de ángulo en dientes anteriores	\$1.370	\$1.455	\$1.535
02.15 – composite simple (incluye fotocurado)	\$1.165	\$1.230	\$1.300
02.16 – composite compuesto (incluye fotocurado)	\$1.375	\$1.455	\$1.530
02.17 – composite compuesto con tornillo en conducto	\$1.640	\$1.735	\$1.830
CAPITULO III – endodoncia			
03.01 – tratamiento de un conducto	\$ 1.955	\$2.065	\$2.175
03.02 – tratamiento de dos conductos	\$ 2.345	\$2.480	\$2.615

	07-2019	08-2019	09-2019
03.03 – tratamiento de tres conductos	\$ 2.730	\$2.885	\$3.040
03.04 – tratamiento de cuatro conductos	\$ 3.125	\$3.305	\$3.485
03.05 – bioplectomia parcial	\$ 1.290	\$1.360	\$1.435
03.06 – necropulpectomía parcial (momificación)	\$ 1.375	\$1.450	\$1.530
PROTESIS FIJA - 04.01			
04.01.02 – incrustaciones: cavidad compuesta o compleja	\$ 5.855	\$6.190	\$6.525
04.01.03 – corona forjada	\$ 1.910	\$2.020	\$2.130
04.01.04 – corona colada	\$ 6.245	\$6.600	\$6.955
04.01.05 – corona colada con frente estético	\$ 7.820	\$8.265	\$8.710
04.01.06 – corona espiga	\$ 6.245	\$6.600	\$6.955
04.01.07 – corona colada revestida en acrílico	\$ 7.020	\$7.420	\$7.820
04.01.07 bis – corona colada revestida en porcelana	\$ 8.985	\$9.500	\$10.010
04.01.08 – perno muñón simple	\$ 3.125	\$3.305	\$3.485
04.01.09 – perno muñón seccionado	\$ 3.515	\$3.715	\$3.915
04.01.10 – tramo de puente colado	\$ 4.695	\$4.960	\$5.225
04.01.10 bis – tramo de puente colado - porcelana	\$ 6.635	\$7.015	\$7.390
04.01.11 – corona de acrílico	\$ 3.910	\$4.130	\$4.350
04.01.12 – corona provisoria	\$ 1.165	\$1.230	\$1.295
04.01.15 - ataches	\$ 4.695	\$4.960	\$5.225
PROTESIS REMOVIBLE -04.02			
04.02.01 – de acrílico hasta cuatro dientes	\$ 7.415	\$7.835	\$8.255
04.02.02 – de acrílico de cinco o mas dientes	\$ 9.655	\$10.205	\$10.755
04.02.03 – cromo cobalto hasta cuatro dientes	\$11.710	\$12.375	\$13.040
04.02.04 – cromo cobalto de cinco o mas dientes	\$13.680	\$14.460	\$15.235
04.02.05 – prótesis parcial inmediata (temporaria)	\$ 5.855	\$6.190	\$6.525
04.02.06 – prótesis parcial inmediata (hasta 3 piezas dentarias de un mismo sector)	\$ 2.930	\$3.095	\$3.260
PROTESIS COMPLETA 04.03			
04.03.01 - superior	\$12.490	\$13.200	\$13.910
04.03.02 - inferior	\$12.490	\$13.200	\$13.910
04.03.03 – prótesis completa inmediata (temporaria)	\$ 5.855	\$6.190	\$6.525
VARIOS			
04.04.01 – compostura simple	\$1.375	\$1.455	\$1.530



**CIRCULO
ODONTOLOGICO
DE PERGAMINO**

Fundado el 27 de Julio de 1932
Personería Jurídica N° 348/79
Afilado a F.O.P.B.A.

	07-2019	08-2019	09-2019
04.04.02 – compostura con agregado de un diente	\$1.570	\$1.660	\$1.750
04.04.03 – compostura con agregado de un retenedor	\$1.570	\$1.660	\$1.750
04.04.04 – compostura simple con agregado de un diente y un retenedor	\$2.155	\$2.280	\$2.405
04.04.05 – diente subsiguiente c/u	\$ 780	\$ 825	\$ 870
04.04.06 – retenedor subsiguiente	\$ 780	\$ 825	\$ 870
04.04.07 - soldado de retención en aparatos de cromo	\$1.760	\$1.860	\$1.960
04.04.08 – retención subsiguiente	\$ 780	\$ 825	\$ 870
04.04.09 – carilla de acrílico	\$1.570	\$1.660	\$1.750
04.04.10 – rebasado de prótesis c/u	\$2.345	\$2.480	\$2.615
04.04.11 – cubeta individual	\$1.165	\$1.230	\$1.295
CAPITULO V			
05.01 – tartrectomia y cepillado mecánico	\$ 700	\$ 740	\$ 780
05.02 – aplicación de flúor incluye cepillado previo y tartrectomía	\$ 900	\$ 950	\$1.000
05.04 – enseñanzas de técnicas de higiene bucal. Incluye control de placa y test de susceptibilidad	\$ 700	\$ 740	\$ 780
05.05 – sellantes de puntos y fisuras	\$ 310	\$ 330	\$ 350
CAPITULO VI			
06.01 – consulta de estudio	\$1.290	\$1.365	\$1.440
06.02 – tratamiento de la dentición primaria o mixta *	\$30.005	\$31.710	\$33.415
06.03 – tratamiento de la dentición permanente *	\$54.420	\$57.515	\$60.610
06.04 – corrección de malposiciones simples con espacios	\$ 5.580	\$5.900	\$6.215
*ver detalle de reintegros por etapas	07-2019		
100%	1ºetapa 40%	2ºetapa 20%	3ºetapa 40%
\$ 30.005	\$12.002	\$6.001	\$12.002
\$ 54.420	\$21.768	\$10.884	\$21.768
	08-2019		
\$ 31.710	\$12.685	\$6.340	\$12.685
\$ 57.515	\$23.000	\$11.515	\$23.000
	09-2019		
\$ 33.415	\$13.365	\$6.685	\$13.365
\$ 60.610	\$24.245	\$12.120	\$24.245

	07-2019	08-2019	09-2019
09.01.04 – media seriada 7 películas, técnica de cono corto o largo	\$ 755	\$ 800	\$ 845
09.01.05 – seriada de 14 películas –técnica de cono corto o largo	\$1.255	\$1.325	\$1.395
09.02.01 – extraorales primera exposición	\$ 590	\$ 625	\$ 660
09.02.02 – extraorales por exposición subsiguientes	\$ 520	\$ 550	\$ 580
09.02.03 – articulación temporo maxilar (6 tomas)	\$1.165	\$1.230	\$1.300
09.02.04 – pantomografía (rx panorámicas)	\$ 780	\$ 825	\$ 870
09.02.05 – telerradiografía cefalométrica	\$ 780	\$ 825	\$ 870
09.02.06 - sialografía	\$2.345	\$2.480	\$2.615
CAPITULO X			
10.01 – extracción dentaria	\$ 975	\$1.030	\$1.085
10.02 – plástica de comunicación buco-sinusal como riesgo previsto simultáneo a la extracción	\$ 590	\$ 625	\$ 660
10.03 – biopsia por punción o aspiración	\$ 590	\$ 625	\$ 660
10.04 – alveolectomía estabilizadora (6zonas) por zona	\$ 780	\$ 825	\$ 870
10.05 – reimplante dentario inmediato al traumatismo	\$1.065	\$1.125	\$1.190
10.06 – incisión y drenaje de abscesos por via intrabucal	\$ 620	\$ 655	\$ 690
10.07 – biopsia por escisión	\$1.570	\$1.660	\$1.750
10.08 – alargamiento quirúrgico de la corona clínica	\$ 590	\$ 625	\$ 660
10.09.01 – extracción de dientes retenidos o restos radiculares retenidos submucosos	\$ 2.185	\$2.310	\$2.435
10.09.01 – extracción de dientes retenidos o restos radiculares retenidos intraóseos	\$ 3.125	\$3.305	\$3.485
10.10 - germectomía	\$ 3.505	\$3.705	\$3.905
10.11 – liberación de dientes retenidos	\$ 975	\$1.030	\$1.085
10.12 - apicectomía	\$ 2.215	\$2.340	\$2.465
10.13 – tratamiento de osteomielitis	\$ 3.125	\$3.305	\$3.485
10.14 –extracción de cuerpo extraño	\$ 2.155	\$2.280	\$2.400
10.15 – alveolectomía correctiva (6 zonas) por zona	\$ 780	\$ 825	\$ 870
10.16 – frenectomía	\$ 780	\$ 825	\$ 870
10.17 – radectmia	\$ 845	\$ 895	\$ 945



CONVENIOS CON CÍRCULOS

DE PERGAMINO

Fundado el 27 de Julio de 1932

Personería Jurídica N° 348/79

Afiliado a F.O.P.B.A.

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 fuera 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 podrán ser 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 Entidad (Círculo, Asociación, Sociedad, etc.) deberá presentar la Facturación acompañando la Factura correspondiente, las Fichas debitamente confeccionadas, el material respaldatorio (Rx, fotografías) y un Resumen de las presentaciones de cada odontólogo.**

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 sean necesarios 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 con 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 refrendarla en el lugar reservado para tal fin.
- 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.

Capítulo I

- a) El código 01.01 será reconocido 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.

Capítulo II

- a) **Las restauraciones con amalgamas, composites u otros materiales deberán tener una duración mínima de dos (2) años. Pasados seis (6) meses 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 seis (6) meses después de la obturación.
- d) Para las reconstrucciones con tornillo en conducto (códigos 02.17 y 02.04), de ángulo con refuerzo metálico (diente anterior, 02.09) se acompañarán una radiografía **periapical** postoperatoria.
- e) **Cuando se facturen más de dos caras en la misma pieza dentaria se considerará el código de máxima complejidad.**



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 autorizan hasta cuatro radiografías (preoperatoria, conductometría, conometría y postoperatoria). Si se facturan radiografías intraoperatorias, éstas también deben presentarse con la facturación.

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

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

e) En los tratamientos endodónticos el arancel convenido contempla los gastos y honorarios profesionales independientemente que sean realizados en forma manual o mecanizada.

CIRCULO ODONTOLÓGICO
PERGAMINO
Fundado el 27 de Julio de 1932
Personería Jurídica N° 348/79
Afiliado a F.O.P.B.A.

Capítulo IV

a) En los valores estipulados para las prácticas realizadas como prótesis fijas, el arancel convenido corresponde al total del código, estando incluidos los gastos y honorarios profesionales.

b) Para las "prótesis fijas", deberá solicitarse autorización previa, adjuntando ficha y radiografías preoperatorias. En las prótesis extensas denominadas "rehabilitación oral", deberán 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, periapicales en el caso de coronas o puentes de un sector y de Rx Panorámicas en las rehabilitaciones más complejas.

c) La Caja contempla la cobertura de las incrustaciones que restauran piezas dentarias con cavidades compuestas o complejas (código 04.01.02). También se requiere autorización previa con Rx periapical preoperatoria. En la facturación se deberá presentar una Rx periapical postoperatoria independientemente de la radiopacidad o radiolucidez del material utilizado.

Las incrustaciones simples deberán facturarse bajo el código 02.15.

d) En las prótesis removibles parciales y completas también deberá solicitar autorización previa, en las parciales indicando las piezas dentarias a reemplazar.

e) 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 cuatro (4) meses. Para los sectores posteriores cuando se utilicen prótesis removibles temporarias (cortas, de un solo sector, vulgarmente llamadas "arañitas", que reemplazan hasta tres (3) piezas dentarias ausentes) se reconocerán al 50% del código 04.02.05, bajo el código 04.02.06.

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

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

h) Reconocimiento de los trabajos ("garantía"):

- Prótesis removable: tres (3) años.
- Incrustaciones: tres (3) años
- El código 04.01.11 tendrá una "garantía" de treinta (30) meses.



- Prótesis fija: cinco (5) años. En circunstancias de que el mismo profesional tenga que rehacer una prótesis fija después de que transcurran tres (3) años, La Caja la autorizará con una cobertura del 60% del arancel vigente. Si la repetición transcurriera entre los cuatro (4) y cinco (5) años para el mismo profesional la cobertura será del 80% del arancel vigente. En ambos casos es sin cargo para el afiliado.

En cambio, si la prótesis fija a rehacer fue confeccionada por otro profesional se podrá autorizar la realización con los mismos porcentajes antedichos a cargo de La Caja y la diferencia a cargo del afiliado.

i) El "rebasado" se podrá facturar después de los seis (6) meses de instalada la prótesis, luego se podrá autorizar hasta uno por año.

j) Para las prácticas de este Capítulo, La Caja requerirá al profesional actuante las radiografías pre-operatorias y post-operatorias para una mejor evaluación del tratamiento.

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

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, por tratamiento y en ambas arcadas. Incluye el código 05.01. **En el código 05,01 el tiempo de garantía se reduce a la mitad para las afiliadas embarazadas y en el código 05.02 lo mismo para los niños con alta actividad cariogénica, en este último caso, con autorización previa.**

c) La enseñanza de las técnicas de higiene se reconocerá por una sola vez **con el mismo profesional.**

d) Código 05.05: Selladores de puntos y fisuras. Se reconocerán semestralmente **en las caras oclusales de premolares y molares permanentes; en otras piezas dentarias deberá solicitarse autorización previa.** Deben especificarse las piezas y caras tratadas.

Capítulo VI

Para poder facturar tratamientos de ortodoncia y ortopedia los profesionales deberán inscribirse para tal fin y podrán aparecer en el listado de profesionales como Ortodoncistas o dedicados a esa especialidad según corresponda, para lo cual deberán remitir el título de Especialista o los antecedentes en la materia.

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

1- Fotografías de frente y perfil facial,

2- Fotografía de las arcadas dentarias en oclusión mostrando la línea media,

3- Fotografías de las arcadas dentarias en oclusión mostrando las llaves caninas y molares de ambos lados

4- Radiografía Panorámica o Teleradiografía de perfil o trazados cefalométricos.

5- Historia Clínica donde conste:

Diagnóstico morfo-funcional del caso a tratar.

Pronóstico.

Plan del tratamiento.

Duración aproximada del mismo.

Tipo de aparatología a emplear.

Excepcionalmente y por causas justificadas, las fotografías clínicas y las radiografías podrán ser reemplazadas por los tradicionales modelos de yeso zocalados con las marcas en la línea media, llaves caninas y molares de ambos lados.

b) Los tratamientos de ortodoncia incluyen todos los aparatos necesarios para la corrección de la anomalía hasta su finalización, **inclusive la contención fija o removible y los**



controles inmediatos al tratamiento terminado.

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 y **quedarán a cargo del afiliado.**

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 – pese a lo relativo de la estimación de tratamiento se encuentra en la mitad del tiempo estimado para su ejecución, etapa cuya determinación se deja librada al criterio y certificación del ortodoncista.

3.- **Tercera etapa:** Al **concluir** el tratamiento, con la certificación pertinente y **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 molares de ambos lados)** y la conformidad del afiliado.

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 **a cargo del afiliado.** La Caja abonará el 100% del valor total de los tratamientos **autorizados** de ortodoncia y ortopedia. Las “etapas” se abonarán de acuerdo a estos porcentajes: primera etapa (40%), segunda etapa (20%) y tercera etapa (40%).

g) Para el código 06.02 (tratamiento de la dentición primaria o mixta) **se requiere autorización previa presentando los mismos elementos solicitados para el código 06.03.**

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 diastemas, pasar un diente, etc.).

Las fotografías aludidas e incluso las Radiografías podrán ser presentadas por medios electrónicos (CD, DVD, correo electrónico, etc.).

La Caja cubre una sola vez cada tipo de tratamiento; si la Caja le hubiese cubierto uno o dos etapas del tratamiento y lo hubiese abandonado, si quisiera rehacer el tratamiento La Caja le cubrirá solo la o las etapas no cubiertas.

Capítulo VII

a) Para los “mantenedores de espacio fijos” y coronas de acero y similares deberán enviarse radiografías **periapicales** postoperatorias. Cuando se facture un mantenedor de espacio deberá marcarse en la ficha la pieza ausente del espacio que se quiere mantener.

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.

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. **Se reconocerá un tratamiento por año.**



Caja se reserva el derecho de solicitar la documentación que estime necesaria para la evaluación y justificación de la práctica realizada.

NOTAS:

* Para las autorizaciones previas que lo requieran, el odontólogo interviniente deberá solicitarla a su Entidad, quién la remitirá a esta Caja, quien a la brevedad la devolverá a la misma con la autorización pertinente si correspondiera. **La autorización tendrá una validez de 30 días; pasado ese tiempo se deberá solicitar nuevamente.**

* **Con las autorizaciones se confirma la vigencia de la cobertura del afiliado a esa fecha y la aprobación por parte de La Caja del tratamiento propuesto.**

* **Las fichas, las radiografías y/o fotografías clínicas podrán ser remitidas a La Caja por correo electrónico o por correo postal.**

* Si por circunstancias especiales o por las características particulares del caso, no se pudieran cumplir con las normas precitadas **o la práctica no estuviera contemplada en el convenio**, se deberá consultar a la Caja para las excepciones que pudieran corresponder.

1 julio de 2.019.-