

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

12/2019 y 03/2020



**CIRCULO
ODONTOLOGICO**

DE PERGAMINO

Fundado el 27 de Julio de 1932

Personería Jurídica N° 348/79

Afiliado 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	12-2019	03-2020
CAPITULO I – consultas		
01.01 – examen diagnóstico fichado	\$ 710	\$ 750
01.02 – consulta nocturna , domingo y feriado (urgencias)	\$ 1.080	\$ 1.140
01.03 – visitas a domicilio	\$ 1.760	\$ 1.860
01.04 – consultas de urgencia, prestación que no constituya paso intermedio de tratamiento	\$ 710	\$ 750
01.06 – consulta preventiva periódica	\$ 710	\$ 750
CAPITULO II – operatoria dental		
02.01 – obt. c/amalgama- cavidad simple	\$ 1.245	\$ 1.315
02.02 – obt. c/amalgama – cavidad compuesta	\$ 1.490	\$ 1.575
02.03 – obturación con amalgama – cavidad compleja	\$ 1.760	\$ 1.860
02.04 – obturación con amalgama – reconstrucción con tornillo en conducto	\$ 2.010	\$ 2.120
02.09 – reconstrucción de ángulo en dientes anteriores	\$ 1.760	\$ 1.860
02.15 – composite simple (incluye fotocurado)	\$ 1.490	\$ 1.575
02.16 – composite compuesto (incluye fotocurado)	\$ 1.755	\$ 1.855

02.17 – composite compuesto con tornillo en conducto	\$ 2.095	\$ 2.210
CAPITULO III – endodoncia		
03.01 – tratamiento de un conducto	\$ 2.490	\$ 2.630
03.02 – tratamiento de dos conductos	\$ 3.000	\$ 3.170
03.03 – tratamiento de tres conductos	\$ 3.480	\$ 3.680
03.04 – tratamiento de cuatro conductos	\$ 3.995	\$ 4.220
03.05 – bioplectomia parcial	\$ 1.640	\$ 1.735
03.06 – necropulpectomía parcial (momificación)	\$ 1.755	\$ 1.855
PROTESIS FIJA - 04.01		
04.01.02 – incrustaciones: cavidad compuesta o compleja	\$ 7.480	\$ 7.900
04.01.03 – corona forjada	\$ 2.445	\$ 2.580
04.01.04 – corona colada	\$ 7.975	\$ 8.430
04.01.05 – corona colada con frente estético	\$ 9.990	\$ 10.555
04.01.06 – corona espiga	\$ 7.975	\$ 8.430
04.01.07 – corona colada revestida en acrílico	\$ 8.970	\$ 9.475
04.01.07 bis – corona colada revestida en porcelana	\$ 11.475	\$ 12.125
04.01.08 – perno muñón simple	\$ 3.995	\$ 4.220
04.01.09 – perno muñón seccionado	\$ 4.490	\$ 4.745
04.01.10 – tramo de puente colado	\$ 5.990	\$ 6.330
04.01.10 bis – tramo de puente colado - porcelana	\$ 8.470	\$ 8.950
04.01.11 – corona de acrílico	\$ 4.985	\$ 5.270
04.01.12 – corona provisoria	\$ 1.485	\$ 1.570
04.01.15 - attaches	\$ 5.990	\$ 6.330
PROTESIS REMOVIBLE -04.02		
04.02.01 – de acrílico hasta cuatro dientes	\$ 9.465	\$ 10.000
04.02.02 – de acrílico de cinco o mas dientes	\$ 12.330	\$ 13.025
04.02.03 – cromo cobalto hasta cuatro dientes	\$ 14.945	\$ 15.790
04.02.04 – cromo cobalto de cinco o mas dientes	\$ 17.460	\$ 18.460
04.02.05 – prótesis parcial inmediata (temporaria)	\$ 7.480	\$ 7.900

06.04 – corrección de malposiciones simples con espacios	\$ 7.130	\$ 7.530	
*ver detalle de reintegros por etapas	12-2019		
100%	1ªetapa 40%	2ªetapa 20%	3ªetapa 40%
\$ 38.310	\$ 15.325	\$ 7.660	\$ 15.325
\$ 69.490	\$ 27.795	\$ 13.900	\$ 27.795
	03-2020		
\$ 40.475	\$ 16.190	\$ 8.095	\$ 16.190
\$ 73.420	\$ 29.368	\$ 14.684	\$ 29.368
	12-2019	03-2020	
CAPITULO VII			
07.01 – motivación (hasta 3 consultas) incluye 1ra. Y ficha hasta 13 años	\$ 600	\$ 635	
07.02 – mantenedor de espacio fijo	\$ 2.490	\$ 2.630	
07.03 – mantenedor de espacio removible	\$ 2.245	\$ 2.375	
07.04 – tratamiento de dientes con formocresol	\$ 1.245	\$ 1.315	
07.05 – corona de acero y similares	\$ 1.755	\$ 1.855	
07.06.01 – reducción de luxación con inmovilización dentaria	\$ 1.140	\$ 1.205	
07.06.02 – luxación total (reimplante) o inmovilización dentaria	\$ 2.010	\$ 2.120	
07.06.04 – fractura amelodentinaria	\$ 1.260	\$ 1.335	
CAPITULO VIII			
08.01 – consulta de estudio –diagnóstico – pronóstico	\$ 995	\$ 1.055	
08.02 – tratamiento de gingivitis, marginal crónica	\$ 1.755	\$ 1.855	
08.03 – trat. De periodontitis destructiva leve o moderada. Bolsas hasta 5 mm.por sector (seis sectores)	\$ 1.300	\$ 1.370	
08.04 – tratamiento de periodontitis destructiva severa de bolsas de 6 mm o más. Por sector (seis sectores)	\$ 1.605	\$ 1.695	
08.05 – desgaste selectivo o armonización oclusal	\$ 995	\$ 1.055	
08.06 – placas oclusales (para bruxismo) removibles de acrílico termocurado	\$ 3.995	\$ 4.220	

04.02.06 – prótesis parcial inmediata (hasta 3 piezas dentarias de un mismo sector)	\$ 3.735	\$ 3.950
PROTESIS COMPLETA 04.03		
04.03.01 - superior	\$ 15.950	\$ 16.850
04.03.02 - inferior	\$ 15.950	\$ 16.850
04.03.03 – prótesis completa inmediata (temporaria)	\$ 7.480	\$ 7.900
VARIOS		
04.04.01 – compostura simple	\$ 1.755	\$ 1.855
04.04.02 – compostura con agregado de un diente	\$ 2.010	\$ 2.120
04.04.03 – compostura con agregado de un retenedor	\$ 2.010	\$ 2.120
04.04.04 – compostura simple con agregado de un diente y un retenedor	\$ 2.755	\$ 2.910
04.04.05 – diente subsiguiente c/u	\$ 995	\$ 1.055
04.04.06 – retenedor subsiguiente	\$ 995	\$ 1.055
04.04.07 - soldado de retención en aparatos de cromo	\$ 2.245	\$ 2.375
04.04.08 – retención subsiguiente	\$ 996	\$ 1.055
04.04.09 – carilla de acrílico	\$ 2.010	\$ 2.120
04.04.10 – rebasado de prótesis c/u	\$ 3.000	\$ 3.170
04.04.11 – cubeta individual	\$ 1.485	\$ 1.570
CAPITULO V		
05.01 – tartrectomia y cepillado mecánico	\$ 890	\$ 940
05.02 – aplicación de flúor incluye cepillado previo y tartrectomía	\$ 1.145	\$ 1.210
05.04 – enseñanzas de técnicas de higiene bucal. Incluye control de placa y test de susceptibilidad	\$ 890	\$ 940
05.05 – sellantes de puntos y fisuras	\$ 400	\$ 425
CAPITULO VI		
06.01 – consulta de estudio	\$ 1.655	\$ 1.745
06.02 – tratamiento de la dentición primaria o mixta *	\$ 38.310	\$ 40.475
06.03 – tratamiento de la dentición permanente *	\$ 69.490	\$ 73.420

08.06.01- placas oclusales (para bruxismo) removibles termoplásticas	\$ 2.800	\$ 2.960
08.07 – mantenimiento de tratamiento periodontal	\$ 1.845	\$ 1.950
CAPITULO IV		
09.01.01 – periapical técnicas de cono corto o cono largo	\$ 235	\$ 245
09.01.02 – bite-wing	\$ 235	\$ 245
09.01.03 – oclusal 6x8	\$ 555	\$ 590
09.01.04 – media seriada 7 películas, técnica de cono corto o largo	\$ 970	\$ 1.025
09.01.05 – seriada de 14 películas –técnica de cono corto o largo	\$ 1.600	\$ 1.690
09.02.01 – extraorales primera exposición	\$ 755	\$ 795
09.02.02 – extraorales por exposición subsiguientes	\$ 670	\$ 705
09.02.03 – articulación temporo maxilar (6 tomas)	\$ 1.490	\$ 1.575
09.02.04 – pantomografía (rx panorámicas)	\$ 995	\$ 1.055
09.02.05 – telerradiografía cefalométrica	\$ 995	\$ 1.055
09.02.06 - sialografía	\$ 3.000	\$ 3.170
CAPITULO X		
10.01 – extracción dentaria	\$ 1.245	\$ 1.315
10.02 – plástica de comunicación buco-sinusal como riesgo previsto simultáneo a la extracción	\$ 755	\$ 795
10.03 – biopsia por punción o aspiración	\$ 755	\$ 795
10.04 – alveolectomía estabilizadora (6zonas) por zona	\$ 995	\$ 1.055
10.05 – reimplante dentario inmediato al traumatismo	\$ 1.365	\$ 1.445
10.06 – incisión y drenaje de abscesos por vía intrabucal	\$ 795	\$ 840
10.07 – biopsia por escisión	\$ 2.010	\$ 2.120
10.08 – alargamiento quirúrgico de la corona clínica	\$ 755	\$ 795
10.09.01 – extracción de dientes retenidos o restos radiculares retenidos submucosos	\$ 2.795	\$ 2.950

10.09.02 – extracción de dientes retenidos o restos radiculares retenidos intraóseos	\$ 3.995	\$ 4.220
10.10 - germectomía	\$ 4.475	\$ 4.725
10.11 – liberación de dientes retenidos	\$ 1.245	\$ 1.315
10.12 - apicectomía	\$ 2.830	\$ 2.990
10.13 – tratamiento de osteomielitis	\$ 3.995	\$ 4.220
10.14 –extracción de cuerpo extraño	\$ 2.750	\$ 2.905
10.15 – alveolectomía correctiva (6 zonas) por zona	\$ 995	\$ 1.055
10.16 – frenectomía	\$ 995	\$ 1.055
10.17 – radectmia	\$ 1.085	\$ 1.150



Colegio de Escribanos de la Provincia de Buenos Aires

CIRCULO

1 julio de 2019 ODONTOLOGICO

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.**



**CIRCULO
ODONTOLÓGICO**

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.

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 – 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 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 una 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.**

**CIRCULO
ODONTOLOGICO
DE PERGAMINO**

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



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 (códigos 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 **explicitando los motivos.**

g) El código 08.06 incluye la cubeta individual y controles posteriores. **Se reconocerán dos (2) tipos de Placas oclusales; las termoplásticas (tipo vacupress) y las rígidas de termocurado. Podrán repetirse si fuera necesario cada 12 meses. Con la solicitud de autorización deberá indicar diagnóstico, tipo y material de la placa. El arancel de las termoplásticas será del 70% de las rígidas o de termocurado. De no indicar el tipo de material se abonará la de menor valor.**

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 repetirlo con mayor frecuencia se solicitará autorización explicando los motivos. No podrá facturarse con los códigos 01.06, 08.01, 05.01 ni 05.02.

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 **hasta** 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.

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 (10.09.01.) e intraóseos (10.09.02.) y en las germenectomías se requieren radiografía preoperatoria y postoperatoria. **El arancel del submucoso tendrá el 70% del valor de la extracción del intraóseo.**

b) Apicectomía: radiografías pre y postoperatorias.

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

d) Radectomía: Rx pre y postoperatorias.

e) Código 10.02: Rx preoperatoria.

f) Tratamiento de osteomielitis: radiografía preoperatoria.

g) Código 10.11: 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 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.

**CIRCULO
ODONTOLOGICO
DE PERGAMINO**
Fundado el 27 de Julio de 1932
Personería Jurídica N° 348/79
Amado C.T.O.P.B.A.

1 julio de 2019.-



CONVENIOS CON REFERENTES

Los Consultorios, Policonsultorios, Clínicas o Centros Odontológicos que hayan formalizado convenio con la Caja de Seguridad Social para Escribanos de la Provincia de Buenos Aires, 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 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 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.
- i) En la columna destinada a ese fin, todos los renglones deben llevar la firma del afiliado.

**CIRCULO
ODONTOLOGICO
DE PERGAMINO**
Fundado el 17 de Julio de 1932
Personería Jurídica N° 348/79
Afiliado a F.O.P.B.A.

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 otra práctica.
- b) Horario nocturno considerado: de 22 a 7 hs.
- 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 amalgama, composite u otro material deberán tener una duración mínima de 2 años. Pasados 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 restauradas, no se reconocerá la extracción hasta 4 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 las radiografías periapicales postoperatorias.
- e) Cuando se facturen más de dos caras en la misma pieza dentaria se considerará el código de máxima complejidad, excepto cuando sean mesial y distal.
- f) Para facturar las ferulizaciones por causas periodontales deberá presentar una radiografía periapical postoperatoria del sector tratado.

Capítulo III

- a) En todos los tratamientos endodónticos, es indispensable la presentación de radiografías pre y postoperatorias periapicales.
- b) En los tratamientos totales se autorizan hasta cuatro radiografías periapicales (preoperatoria, conductometría, conometría y postoperatoria). Si se facturan radiografías intraoperatorias, éstas también deben presentarse con la facturación.



c) El tratamiento denominado "necropulpectomía parcial" (momificación) sólo 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 sean realizados en forma manual o mecanizada.

Capítulo IV

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

b) Para las "prótesis fijas", deberá solicitarse autorización previa, adjuntando a la ficha, las radiografías preoperatorias. En las prótesis extensas denominadas "rehabilitaciones orales", 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 Panorámica en las rehabilitaciones más complejas.

c) La Caja contempla la cobertura de las incrustaciones que restauran cavidades compuestas o complejas (cód. 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 comprendidas, 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, vulgarmente llamadas "arañitas") que reemplazan 1, 2 o 3 piezas dentarias continuas 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:

- Prótesis removable: Tres (3) años.

- Incrustaciones: tres años.

- Prótesis fija: cinco años. En circunstancias donde 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.

El código 04.01.11, corona de acrílico tendrá una "garantía" de treinta (30) meses.



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

j) Para las prácticas de este Capítulo, la Caja podrá requerir al profesional actuante las radiografías que considere necesarias para una mejor evaluación del tratamiento.

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

**CIRCULO
ODONTOLOGICO
DE PERGAMINO**

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

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 única vez con el mismo profesional.

d) Código 05.05: Selladores de puntos y fisuras. Se reconocerá semestralmente en las caras oclusales de premolares y molares. Para otras piezas dentarias se deberá solicitar autorización previa. Deben especificarse las piezas y las 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 Ortodontistas 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.- Historia Clínica que contemple:

Diagnóstico morfo-funcional del caso a tratar.

Pronóstico.

Plan de tratamiento.

Duración aproximada del mismo.

Aparatología a emplear.

2.- Fotografías de frente y perfil facial.

- Fotografías de las arcadas dentarias en oclusión mostrando la línea media.

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

- Rx Panorámica o Teleradiografía de perfil o estudios cefalométricos.

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 toda la aparatología necesaria para la corrección de la anomalía hasta su finalización, incluyendo 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, distribuidas 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 - 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 profesional.

3.- **Tercera etapa:** Al **concluir** el tratamiento, con la **certificación de finalización** 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 (o los modelos de yeso finales zocalados) y la conformidad del afiliado.

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

f) La cobertura es del 100% a cargo de La Caja, no existiendo coseguro alguno a cargo del afiliado. 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 que para la autorización del 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 diastema, pasar un diente, etc.).

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

La Caja cubre una sola vez cada tipo de tratamiento; si ya le hubiese reconocido una o dos etapas del mismo y lo hubiese abandonado, si quisiera rehacerlo La Caja le cubrirá solo la o las etapas no contempladas.

Capítulo VII

a) Para los "mantenedores de espacio fijos", coronas y tratamientos con formocresol deberán enviarse las radiografías **periapicales** 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 **periapicales** 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.

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 las regiones anteriores (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 calendario.**

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



explicitando los motivos.

g) El código 08.06 incluye la cubeta individual y controles posteriores. Se **reconocerán dos tipos de placas oclusales; las termoplásticas (tipo vacupress) y las rígidas de termocurado.** Podrán repetirse si fuera necesario cada 12 meses. Requiere autorización previa **indicando diagnóstico y pronóstico. El arancel de las termoplásticas será el 70% de las rígidas; de no expresarse el tipo de placa se abonará la de menor valor.**

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) **Para la ferulización de dientes anteriores por causas periodontales se considerará el 70 % del valor del código 215 y se asentarán por pieza dentaria con el código 02.15 F.**

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 **hasta** 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.

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 (10.09.01) e intraóseos (10.09.02) y en las germenectomías se requieren radiografías pre y postoperatoria. **El arancel del submucoso tendrá el 70% del valor de la extracción del intraóseo.**

b) Apicectomía: radiografía **periapical** postoperatoria

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

d) Radectomía: **Rx periapical** postoperatoria.

e) Código 10.02: radiografía preoperatoria.

f) Tratamiento de osteomielitis: radiografía preoperatoria e historia clínica.

g) Código 10.11: 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 justificación de la práctica realizada.



Capítulo XI: Implantes y rellenos óseos

La Caja cubrirá los implantes únicamente con autorización previa por parte del Auditor de La Caja y será refrendada por el mismo.

Cuando se tratare de la instalación de hasta 3 implantes solo será necesario solicitar la autorización presentando la ficha odontológica con la ubicación de los mismos y radiografías periapicales preoperatorias.

En los tratamientos más complejos o rehabilitaciones bucales con implantes, será necesaria la presentación de Rx Panorámica preoperatoria, y una Historia Clínica con el Plan de tratamiento integral indicando cantidad de implantes, ubicación, descripción de las prótesis provisorias y definitivas.

En aquellas situaciones en que el profesional actuante lo considere conveniente podrá presentar para autorizar dos alternativas diferentes de tratamiento.

Para la autorización, el Auditor de La Caja, tendrá en consideración el estado bucal integral, el estado de salud general, la edad, los antecedentes odontológicos del afiliado y la propuesta odontológica.

Cuando se instalen más de un implante en el mismo acto quirúrgico y en el mismo maxilar se facturarán con los códigos correlativos al 11.01.01; el segundo será 11.01.02, el tercero 11.01.03 y así sucesivamente. El arancel en los sucesivos implantes se reduce en un 10% con respecto al inmediato anterior hasta el tercero (11.01.03) y a partir de allí se reduce un 5% con respecto al anterior.

No se autorizarán implantes para reemplazar a los terceros molares, salvo circunstancias excepcionales que deberán explicitarse.

Para reemplazar a los 4 incisivos inferiores La Caja autorizará 2 implantes.

Si se postergara el inicio del tratamiento por más de 30 días a contar desde la autorización, será necesaria una nueva solicitud.

Si el profesional decide cambiar el plan de tratamiento deberá comunicarlo a La Caja y solicitar una nueva autorización acompañando los elementos necesarios para el caso clínico, tales como Historia Clínica, radiografías y/o fotografías clínicas si fueran necesarias.

Con la facturación deberán adjuntar radiografías postoperatorias, periapicales en el caso de implantes individuales y Panorámica en las rehabilitaciones más complejas.

Es muy importante tener en cuenta que el importe abonado por los implantes instalados y que no sean "cargados" (utilizados) en la rehabilitación protética, serán debitados en futuras facturaciones.

Los rellenos o injertos óseos también requieren autorización previa acompañando una radiografía periapical del sector.

Se reconocerán rellenos óseos post-exodoncia solo cuando sea estrictamente necesario. No se reconocerán cuando se planifique carga inmediata o carga intermedia (cicatrizal).

Para la autorización de los rellenos por colapso deberán remitir una fotografía clínica mostrando el defecto.

El código 11.02.01 corresponde al relleno para una sola pieza dentaria y el arancel será el 60% del código 11.02.02 que corresponde a 2 o más piezas vecinas o de un mismo sector. Se reconocerá un solo relleno por sector.

Además de la radiografía periapical postoperatoria deberá acompañar el stickers, etiqueta o troquel de identificación del sustituto óseo utilizado.

Prótesis provisoria en rehabilitaciones protéticas con implantes:

Como norma general la Caja contempla cobertura de los implantes propiamente dichos, pilares o emergentes; coronas provisorias y definitivas de porcelana sobre metal o de similar calidad. Solo reconocerá un juego de provisorios, excepto en los sectores anteriores donde podrá solicitarse autorización para dos juegos de provisorios.



Las prótesis removibles temporarias o provisorias serán contempladas en aquellos casos en que el paciente quede desdentado de un maxilar o de un sector anterior.

Para los sectores de premolares (de un solo sector) que requieran prótesis removible temporarias, (cortas o vulgarmente llamadas arañitas, que reemplazan 2 o 3 piezas dentarias continuas) se reconocerán al 50% del valor de la prótesis parcial o inmediata tradicional (código 04.02.05 i), facturándose con el código 04.02.06 i.

DE PERGAMINO

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

NOTAS:

* Para las autorizaciones previas que lo requieran, La Clínica, remitirá la Ficha conformada a esta Caja, quien a la brevedad la devolverá a la misma con la autorización pertinente si correspondiera.

* 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 pre-citadas o el tratamiento incluye prácticas no contempladas en el Nomenclador convenido, se deberá consultar a la Caja para las excepciones que pudieran corresponder.

1 julio de 2.019.-



NORMAS DE REINTEGROS

POR ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

Las solicitudes de los reintegros por las prácticas odontológicas que realicen los afiliados deberán adecuarse a las normas que a continuación se describen, 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 reintegro", los afiliados podrán elegir libremente el profesional odontólogo. Finalizados los trabajos, los interesados procederán a firmar, en los renglones correspondientes, la ficha odontológica que le confeccionará el profesional, con lo que se dará carácter de autenticidad a la prestación recibida. Para la presentación del reintegro es imprescindible que remita la factura de pago de acuerdo a las normativas de la AFIP. En algunas prestaciones también es necesario que acompañe elementos respaldatorios que se detallan en cada práctica.

La Caja de Seguridad Social procederá a la liquidación del reintegro de acuerdo a los aranceles vigentes a la fecha de la realización de las prestaciones.

NORMAS PARTICULARES

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

Capítulo I: Consultas

a) Código 01.01 Examen-Diagnóstico-Fichado y plan de tratamiento, podrá ser reconocido cada 12 meses para el mismo profesional.

En este código se incluye además del examen clínico, la confección del odontograma y completar los datos que se encuentran insertos en la ficha odontológica. Para darle validez, el profesional deberá refrendarla en el lugar reservado para tal fin. Todos los trabajos realizados deben ser certificados por la firma del afiliado o de un familiar.

Si la práctica no estuviera nombrada, deberá dejar constancia de la descripción detallada de la misma.

b) Código 01.02 Consulta nocturna-domingos y feriados. El horario nocturno considerado: de 22 a 7 hs.

c) Código 01.03 Visitas a domicilio. 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.

e) Código 01.05 Bono I.O.M.A Cuando el afiliado haya utilizado la cobertura a través del Ioma. La Caja le reintegrará el valor del bono que haya comprado y de los coseguos que haya tenido que abonar.

f) Código 01.06 Consulta preventiva periódica. Se reconocerá cada seis meses y se podrá liquidar cuando no esté acompañada de otras prácticas.

g) Código 01.07 Bonos otras Obras Sociales. Igual al código 01.05. para otras coberturas que el afiliado pudiera utilizar.

Capítulo II: Operatoria Dental

a) Las obturaciones de amalgama deberán tener una duración mínima de dos años para el reconocimiento de una nueva práctica en la misma pieza y ubicación, mientras que para las



restauraciones con materiales estéticos (cualquiera sea la técnica y el material utilizado) ese requisito es de un año. En las piezas dentarias temporarias para las amalgamas la garantía también es de un año.

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 4 meses después de la obturación.

d) Para las reconstrucciones con tornillo en conducto (códigos 02.17 y 02.04) se acompañarán las radiografías periapicales postoperatorias.

e) Para facturar las ferulizaciones por causas periodontales deberá presentar una radiografía periapical postoperatoria del sector tratado.

**CIRCULO
ODONTOLOGICO
PERGAMINO**

Fundado el 27 de Julio de 1932
Juzgado N° 348/79
Afiliado a F.O.P.B.A.

Capítulo III: Endodoncia

a) En todos los tratamientos endodónticos, es indispensable la presentación de radiografías pre y postoperatorias.

b) En los tratamientos totales se reconocen hasta cuatro radiografías periapicales (preoperatoria, conductometría, conometría y postoperatoria). Si se facturan radiografías intraoperatorias, éstas también podrán ser solicitadas por la Asesoría.

c) Se reconocerán como tratamientos multirradiculares (Código 03.02, 03.03, 03.04) los que permitan ser constatados por medio de las radiografías presentadas la presencia y tratamiento de dos o más conductos radiculares.

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

Capítulo IV: Prótesis

a) En los valores estipulados para las prácticas realizadas como prótesis fijas, el monto corresponde al total del código, estando incluido los gastos y honorarios profesionales. Con la solicitud de reintegro deberá presentar las radiografías preoperatorias y postoperatorias correspondientes.

b) Código 04.02.05: Prótesis parcial inmediata. En este código están comprendidas la cubeta individual, los retenedores, cualquier número de dientes, un eventual rebasado y los pertinentes controles. Para los sectores posteriores cuando se utilicen prótesis removibles temporarias (cortas, vulgarmente llamadas "arañitas") que reemplazan 1, 2 o 3 piezas dentarias continuas se reconocerán al 50% del código 04.02.05, bajo el código 04.02.06.

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

d) Para el reconocimiento de nuevos trabajos protéticos en las mismas piezas o mismos maxilares de prótesis reintegradas o abonadas por convenio por La Caja, se establecen períodos mínimos de tiempo (llamados de garantía) que tienen que transcurrir para un nuevo reconocimiento.

Prótesis removibles: 3 años o más para el reconocimiento del 100 % del valor vigente para reintegro. Entre 2 y 3 años la cobertura será del 60%.

Prótesis fija: 5 años o más con cobertura del 100% de los aranceles vigentes. Entre 4 y 5 años del 80 % y entre 3 y 4 años del 60 % de los valores vigentes en La Caja para los reintegros de esas prácticas.

Cuando la repetición ocurriera antes de los 3 años se propone la evaluación de cada caso en particular y la posibilidad de la cobertura en casos excepcionales y cuando se pueda verificar que el recambio de la prótesis ha sido consecuencia de accidentes automovilísticos, caídas, golpes, etc. con dictamen de la Asesoría odontológica y de la Comisión de Atención



de la Salud para que el Comité Ejecutivo pueda tomar la decisión final.

Incrustaciones: 3 años.

El código 04.01.11 (corona de acrílico) tendrá una "garantía" de 24 meses.

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

i) Para las prácticas de este Capítulo, La Caja podrá requerir las radiografías que considere necesarias para una mejor evaluación del tratamiento.

j) Las cubetas individuales se reconocen cuando se realizan prótesis completas y parciales a extremos libres.

Capítulo V: Odontología Preventiva

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. En ambos códigos (05.01 y 05.02) el tiempo de garantía se reduce a la mitad para las afiliadas embarazadas. Lo mismo para el código 05.02 en los niños con alta actividad cariogénica.

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

d) Código 05.05: Sellantes de puntos y fisuras. Deben especificarse las piezas y las caras tratadas. Se reconoce una por año por pieza dentaria y hasta los 15 años de edad.

Capítulo VI: Ortodoncia y Ortopedia funcional

a) Para **solicitar el reintegro** del tratamiento se deberán remitir a la Caja los siguientes elementos:

- 1.- Modelos articulados o **Radiografías y fotografías clínicas (*)**.
- 2.- Diagnóstico morfo-funcional del caso a tratar.
- 3.- Pronóstico.
- 4.- Planeamiento del tratamiento.
- 5.- Duración aproximada del mismo.
- 6.- Aparatología a emplear.

(*) los modelos de yeso, podrán ser reemplazados por las siguientes elementos:

- 1- Fotografías de frente y perfil facial,
- 2- Fotografías 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- Rx Panorámica o Teleradiografía de perfil o estudios cefalométricos.

Es conveniente que acompañen el Presupuesto del tratamiento y forma de pago.

b) Los tratamientos de ortodoncia incluyen toda la aparatología necesaria para la corrección de la anomalía hasta su finalización **incluyendo 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, distribuidas 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 – 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 ortodoncista.
- 3.- Tercera etapa: Al **concluir** el tratamiento, con la **certificación de finalización**



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 afiliado.

e) Los porcentajes se harán efectivos en base a los montos arancelarios vigentes al momento de **ocurrir la etapa**.

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

g) **Para solicitar el reintegro del código 06.02 (tratamiento de la dentición mixta)** se deberán presentar los mismos elementos que para los tratamientos de ortodoncia (Historia Clínica, fotos, Rx, etc.).

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 y las Radiografías aludidas podrán ser presentadas por medios electrónicos (CD, DVD, por correo electrónico, etc.).

La Caja cubre una sola vez cada tipo de tratamiento; si ya le hubiese reconocido una o dos etapas del mismo y lo hubiese abandonado, si quisiera rehacerlo, La Caja le cubrirá solo la o las etapas no contempladas.

Capítulo VII: Odontopediatría

a) Para los "mantenedores de espacio fijos", coronas y tratamientos con formocresol **podrán solicitarse radiografías periapicales postop.**

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 periapicales 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.

Capítulo VIII: Periodoncia

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 cuatro piezas dentarias. En caso contrario se considerarán "por pieza", efectuándose la estimación que corresponda. A esos fines se establece como de seis piezas las regiones anteriores (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 calendario.**

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), se deberán enviar la ficha periodontal y las radiografías preoperatorios pertinentes a los sectores tratados, las que podrán ser devueltas si el afiliado las solicita.

f) Si hubiese necesidad de repetir algún tratamiento el profesional deberá justificar su realización.

g) En los tratamientos de las periodontitis severas que requieran cirugías periodontales el arancel será el del 08.04 por tres, para lo cual la asesoría podrá requerir la información que considere conveniente a los fines de la correcta liquidación y se asentará bajo el código 08.04 C

**CIRCULO
ODONTOLOGICO
DE PERGAMINO**

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



h) El código 08.06 incluye la cubeta individual y controles posteriores. Se reconoce una por año calendario. **Se reconocerán dos tipos de placas oclusales; las termoplásticas (tipo vacupress) y las rígidas de termocurado. El arancel de las termoplásticas será el 70% de las rígidas; de no expresarse el tipo de placa se abonará la de menor valor.**

i) El código de mantenimiento de **salud** periodontal (cód. 08.07) podrá facturarse a los tres meses de finalizado el mismo y posteriormente también cada seis meses. Si fuese necesario realizarlo con mayor frecuencia se deberán explicitar los motivos. No podrá facturarse con los códigos 01.06, 08.01, 05.01 ni 05.02.

j) Para la ferulización de dientes anteriores por causas periodontales se considerará el 70 % del valor del código 02.15 y se asentarán por pieza dentaria con el código 02.15 F.

Capítulo IX: Radiología

a) Sólo se aceptarán radiografías seriadas de boca en los siguientes casos: periodoncia, ortodoncia e investigación de focos sépticos, preoperatorias y postoperatorias en las rehabilitaciones protéticas 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) Norma particular para el código 09.01.01:

- Se admiten hasta 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.

h) Los estudios o trazados cefalométricos (código 09.02.05 bis) se reconocen hasta 2 códigos para el mismo tratamiento.

Capítulo X: Cirugía Bucal

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

a) Código 10.05 Reimplante dentario: radiografía postoperatoria.

b) **En la extracción de dientes retenidos submucosos (10.09.01) e intraóseos (10.09.02) y en las germenectomías (10.09.10) se requieren radiografías pre y postoperatoria. El arancel del submucoso tendrá el 70% del valor de la extracción del intraóseo.**

c) Código 10.11 Liberación de dientes retenidos: radiografía preoperatoria

d) Código 10.12 Apicectomía: radiografía **periapical** postoperatoria.

e) Código 10.13 Tratamiento de osteomielitis: Rx preoperatoria.

f) Código 10.14 Extracción de cuerpos extraños del seno maxilar o maxilares: radiografías pre y postoperatorias.

g) Código 10.17 Radectomía: radiografía periapical postoperatoria.

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



justificación del reintegro de la práctica realizada.

Capítulo XI: Implantes y rellenos óseos

Para solicitar el reintegro de los tratamientos con implantes es necesario presentar una Ficha odontológica completa y radiografías preoperatorias y postoperatorias. Se recomienda que sean Rx periapicales cuando se tratare de la instalación de hasta 3 implantes; en cambio en los tratamientos más complejos o rehabilitaciones bucales con implantes, se recomienda la presentación de Rx Panorámica.).

Cuando se instalen más de un implante en el mismo acto quirúrgico y en el mismo maxilar se liquidarán con los códigos correlativos al 11.01.01; el segundo será 11.01.02, el tercero 11.01.03 y así sucesivamente. El arancel en los sucesivos implantes se reduce en un 10% con respecto al inmediato anterior hasta el tercero (11.01.03) y a partir de allí se reduce un 5% con respecto al inmediato anterior.

Es muy importante tener en cuenta que el importe abonado por los implantes instalados y que no sean "cargados" (utilizados) en la rehabilitación protética, serán debitados al afiliado en futuras facturaciones.

Para solicitar el reintegro de los rellenos o injertos óseos se deberá acompañar una radiografía postoperatoria del sector tratado (en lo posible una Rx periapical).

El código 11.02.01 corresponde al relleno para una sola pieza dentaria; el código 11.02.02 corresponde a 2 o más piezas vecinas o de un mismo sector.

Se reconocerá un solo relleno por sector.

Prótesis provisoria en rehabilitaciones protéticas con implantes:

Como norma general la Caja contempla la cobertura de los implantes propiamente dichos, pilares o emergentes, coronas provisionarias y definitivas de porcelana sobre metal o de similar calidad.

Las prótesis removibles temporarias o provisionarias serán contempladas en aquellos casos en que el paciente quede desdentado de un maxilar o de un sector anterior.

Para los sectores de premolares (de un solo sector) que requieran prótesis removable temporarias, (cortas o vulgarmente llamadas arafitas, que reemplazan 2 o 3 piezas dentarias continuas) se reconocerán al 50% del valor de la prótesis parcial removable inmediata tradicional (código 04.02.05 i), liquidándose bajo el código 04.01.06 i.

NOTA: Si por circunstancias especiales o por las características particulares del caso, no se pudieran cumplir con las normas precitadas, se deberá consultar a la Caja para las excepciones que pudieran corresponder.

1 julio de 2.019.-

Nº de Resolución: C. E. 21176 / 2.019.-

Dirección Caja de Seguridad Social - División Atención de la Salud.-