

JERARQUICOS SALUD

Nombre de la Obra Social	Asociación Mutual del Personal Jerárquico de Bancos Oficiales Nacionales.(Jerárquicos Salud) (32)
Área de Aplicación	Todo el ámbito Provincial
Identificación del Beneficiario	Carnet afiliatorio y documento de identidad
Nomenclador y Arancel	Se adjuntan a la presente
Cobertura	Odontología General: 100% (320) Planes: PMI2000 - PMI3000 - PMI2886/2000 – PMI JUB - PMI MONOTRIBUTO
Normas de trabajo	Generales de F.O.P.B.A. y particulares

Modelos de Documentación



Normas de Facturación

Normas Particulares

Límite de prestaciones

Odontología Gral. tres (3) prácticas por mes.

- [Capítulo I: Consultas](#)
- [Capítulo II: Operatoria Dental](#)
- [Capítulo III: Endodoncia](#)
- [Capítulo V: Odontología Preventiva](#)
- [Capítulo VII: Odontopediatría](#)

- [Capítulo VIII: Periodoncia](#)
- [Capítulo IX: Radiología](#)
- [Capítulo X: Cirugía](#)

Capítulo I: Consultas

Cód. 01.01 Consulta de relevamiento bucal - Historia clínica (ficha catastral) Comprende el examen, diagnóstico, fichado, plan de tratamiento Se reconocerá cada 12 meses si es efectuado por el mismo profesional.

Cód. 01.02 Consulta de Urgencia (No Constituye Paso Intermedio de Tratamiento) Esta será aplicada a toda prestación que no constituya paso intermedio y/o final de tratamiento. Se reconocerá una cada TRES meses (si fuera necesario). No podrá ser facturado en caso de hemorragia, alveolitis, si la extracción ha sido realizada por el mismo. Cuando se factura dicho código no es necesario marcar el diagrama de la ficha catastral, solamente deberá indicar el motivo que dio origen a dicha prestación.

No podrá facturarse en caso de control de pacientes tratados quirúrgicamente (por el mismo profesional), ya que dichos controles ya están calculados en los costos dados a cada código del capítulo X.

Será obligatorio aclarar motivo de dicha práctica. Se podrá facturar en aperturas, cuando la endodoncia sea derivada.

Capítulo II: Operatoria Dental

Normas Generales del Capítulo:

Las obturaciones de piezas permanentes y temporarias tendrán una garantía de 24 MESES, lapso en el cual el sistema no abonará otra restauración si es realizada por el mismo profesional.

Las obturaciones contemplan todos los materiales de restauraciones científicamente reconocidos, como así también, las técnicas, instrumental y equipamiento que el profesional crea más conveniente en la reconstrucción de la pieza dentaria. (Ej: Lámpara Halógena, matrices preformadas, etc.) Cuando se obture por separado distintas fosas de la cara oclusal, se considerará como una obturación simple.

Cód. 02.01 Restauraciones Convencionales Simples de Piezas Dentarias. Comprende todos los tratamientos de los tejidos duros del diente para resolver los daños provocados por la caries dental que involucre las fosas y fisuras de la pieza dental. Ej. : fosa oclusal y surco vestibular, lingual o palatino y caries gingival, y dientes que no tengan su vecino proximal y la caries gingival o la caries se limite a una sola cara.

En caso de necesidad de obturación de las caras proximales (mesial o distal) podrá facturarse un código 02.02 en forma conjunta o cuando dicha patología se presente en la pieza dentaria.

En caso de hacer micro-obturación deben sellarse las fosas y fisuras restantes.

Cód. 02.02 Restauraciones Compuestas de Piezas Dentarias. Comprende todos los tratamientos de los tejidos duros del diente provocados por la caries dental y que abarque las caras proximales y que debe hacerse abordaje por otra cara.(cavidades compuestas) .

Ej.: OM - MOD - OD: en el caso que presente una caries en la fisura o fosa de la cara vestibular, lingual o palatina o caries gingival podrá facturarse además un código 02.01, el cual podrá facturarse en forma conjunta o cuando dicha patología se presente.

En caso de dientes anteriores se podrá facturar un 02.02 cuando la caries abarque dos caras. Ej: (IMP), en el caso que sea necesario obturación compuesta. Ej: (DP) en la misma pieza se podrá facturar un código 02.01, pero de ninguna manera se podrá facturar dos Cód. 02.02 en forma conjunta en la misma pieza.

Ej.: 02.02 en 11 (MI) o (MIP) 0201 en 11 (DP) (V) (D) (G)

En caso de reconstrucción de un ángulo se deberá facturar un código 02.02.

Ej.: 02.02 en 11 (MIP) o (DIP)

Sea cual fuera la ubicación de la caries en una misma pieza dentaria, solo podrá facturarse como máximo, dos códigos 02.01; o un código 02.01 y un Cód. 02.02., o un Cód. 02.09

Cód. 02.09 Restauraciones Complejas de Piezas Dentarias. Comprende a todas aquellas restauraciones de mayor complejidad donde deban realizarse reconstrucciones de dos ángulos (ángulos mesial y distal), carillas o cúspides en dientes anteriores o posteriores. Comprende la utilización de coronas preformadas, tornillos, o cualquier otro elemento que el profesional crea conveniente. Para facturar necesariamente la lesión debe abarcar 5 caras del diente claramente especificado en la ficha, de lo contrario se tomará como cód. 02.02. Puede acompañarse con Rx. comprobatoria, la que no esta incluida en el valor del código (facturar aparte).

Capítulo III: Endodoncia

Normas Generales del Capítulo

En todo tratamiento de endodoncia deberá acompañarse para su reconocimiento, las radiografías pre o conductometría, y post-operatorias, reconociéndose hasta tres (3) rx. En caso de reobturación del o los conductos, la misma podrá efectuarse con la aclaración por medio del profesional actuante que justifique dicha necesidad; la cual será evaluada por la Auditoría para su reconocimiento. Los valores de las Rx. están incluidos dentro del valor que tiene cada código del Capítulo III, por lo tanto no deben asentarse en la ficha al facturar.

Cód. 03.05 Tratamiento pulpar parcial. Aplicable a dientes permanentes, que no completaron su período eruptivo y por consiguiente su completo desarrollo apical, que por algun motivo, (caries, fractura, etc) se provoca una exposición pulpar vital que determina efectuar dicha práctica con el fin de permitir la maduración apical para posteriormente realizar el tratamiento que corresponda (endodoncia, reconstrucción) que se reconoce al año de realizado el 03.05.

Al facturar, Se debe adjuntar Rx de las piezas dentarias trazadas con ápices inmaduros, que no han completado su desarrollo. Caso contrario se debitará.

Cód. 03.06 Tratamiento con Formocresol en niños. Se reconocerá solamente en dientes temporarios anteriores y posteriores. No se reconoce en dientes permanentes.

Cód. 03.07 Protección pulpar indirecta. Se reconocerá una protección indirecta en premolares y molares. Dada la necesidad del factor tiempo, en resultado final, no podrá facturarse ningún otro código del presente nomenclador hasta superado los seis (6) meses posteriores de la protección, a excepción de radiografías de control, no más de una en ese lapso. El profesional actuante deberá reponer las veces necesarias el material de protección colocado durante esos meses.

Capítulo V: Odontología Preventiva

Cód. 05.02 Tratamiento con Flúor. Se reconocerá semestralmente por tratamiento y en ambas arcadas, cualquiera fuese la técnica que se utilice.

Cód. 05.03 Inactivación de Policaries. Se reconocerá hasta 10 años de edad. Cuando los mismos presenten simultáneamente más de 6 caries activas y en toda la boca, se permitirá por única vez como complemento de un tratamiento que por lógica debe involucrar las mismas piezas que se marquen como existentes con caries activas.

Cód. 05.04 Enseñanza de técnicas de Higiene Oral y detección de placa bacteriana. Se reconocerá una vez por año y hasta los 12 años de edad. Mayores de 12 años se factura como cod. 08.13.

Cód. 05.05 Sellantes de Fosas y Fisuras. Se reconocerá cada 12 meses, en dientes temporarios y permanentes.

Capítulo VII: Odontopediatría

Cód. 07.01 Motivación. Se reconocerá hasta los 10 años, se podrá facturar un Cód. 07.01 cada seis (6) meses y hasta un máximo de 4 códigos por el mismo profesional. No incluye al Cód. 01.01.

Cód. 07.02 Motivación en pacientes discapacitados. Se reconocerá sin límite de edad , se podrá facturar un Cód. 07.02 cada tres meses, hasta un máximo de 8 códigos, por el mismo profesional. No incluye al 01.01. Aclarar la discapacidad del paciente en la ficha dental.

Capítulo VIII: Periodoncia

Cód. 08.11(Consulta de estudio, diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento): Requiere de autorización previa. La cual deberá gestionar el afiliado ante la obra social enviando: Ficha periodontal respectiva y odontograma (Diagrama dentario): deberá reflejar niveles de corticales óseas, niveles de inserción gingival, profundidad de bolsa, índice de sangrado, índice de movilidad dental e indicar piezas ausentes. Radiografías comprobatorias del tratamiento completo. La autorización será obligatoria para el reconocimiento de los códigos 08.16 y/o 08.17. Se reconocerá cada veinticuatro (24) meses.

Cód. 08.12 (Tratamiento de Gingivitis, Por Arcada): Comprende detartraje manual o mecánico por arco. Se reconocerá cada 12 meses y se considerará un código 08.12 por arco dentario. No incluye al Cód. 08.13. Se reconocerá a partir de los 12 años de edad.

Cód. 08.13 Enseñanza de técnicas de Higiene Oral y detección de placa bacteriana.

Comprende enseñanza de técnicas de cepillado, uso de elementos de higiene interdentarios, asesoramiento dietético y revelado de placa. Se reconocerá cada veinticuatro (24) meses y a partir de los 13 años de edad, con un máximo de dos (2) códigos en la historia del paciente.

Cód. 08.14 Controles post tratamiento sin instrumentación. Incluye al Cód. 08.12. Se reconocerá cada cuatro (4) meses y a partir de los 12 años de edad.

Cód. 08.15 Controles post tratamiento con instrumentación. Incluye al Cód. 08.12. Se reconocerá cada cuatro (4) meses y a partir de los 12 años de edad.

Los Códos. 08.14 y 08.15 comprenden todo lo que el profesional considere necesario realizar para conservar la salud periodontal del paciente.

Cód. 08.16 Raspaje y Curetaje Por Elemento. Incluye a los Códos. 08.12, 08.14 y 08.15. Se pueden facturar hasta 8 códigos independientemente de la posición de la pieza dentaria en la boca, por afiliado y por mes.

Se reconocerá cada 24 meses con presentación de Rx. pre-operatoria incluida en el valor del código, donde se visualice claramente reabsorción de la cresta ósea interalveolar de su nivel normal. De lo contrario se considera código 08.12 o 08.15 (mantenimiento – detartraje).

Cód. 08.17 Tratamiento Quirúrgico por Elemento. Incluye a los Códos. 08.12 ,08.14 ,08.15 y 08.16. Se pueden facturar hasta 8 códigos independientemente de la posición de la pieza dentaria en la boca, por afiliado y por mes. Se reconocerá cada 24 meses con presentación de Rx. pre-operatoria incluida en el valor del código.

Capítulo IX: Radiología

Normas Generales del Capítulo: Las radiografías de diagnóstico podrán ser conservadas por el profesional, (quedando a disposición de la Obra Social por el término de 2 años), no así aquellas Rxs. que sean comprobatorias de prácticas determinadas, las cuales deberán adjuntarse a la ficha dental al facturar.

Cód. 09.01.01 (Rx periapical). Técnicas de cono corto o cono largo. Bite Wind: Para su facturación, deberá indicar diagnóstico que da origen a dicha práctica.

Cód. 09.01.02 (Rx media seriada de 5 a 7 películas): Para su facturación, deberá indicar diagnóstico que da origen a dicha práctica. Se reconocerá cuando la integran de 5 a 7 películas.

Cód. 09.01.03 (Rx seriada de 8 a 14 películas): Para su facturación, deberá indicar diagnóstico que da origen a dicha práctica. Se reconocerá cuando la integren de 8 a 14 películas.

Cód. 09.06.00 (Pantomografía): Para su facturación, el profesional deberá aclarar por escrito el motivo y/o diagnóstico presuntivo que origina el pedido y que justifique la realización de la práctica.

Cód. 09.07.00 (Teleradiografía): Para su facturación, el profesional deberá aclarar por escrito el motivo y/o diagnóstico presuntivo que origina el pedido y que justifique la realización de la práctica.

Cód. 09.02.06 (Rx oclusal): Para su facturación, deberá indicar diagnóstico que da origen a dicha práctica.

Estudios tomográficos

(09.03, 09.03.01/09.03.02/ 09.03.03/ 09.03.04/ 09.03.05) Estos estudios requieren autorización (autorizaciones@jerarquicos.com) e informe.

Capítulo X: Cirugía

Códs. 10.01: IMPORTANTE: En piezas dentarias temporarias que se encuentran en período de recambio y se realiza su extracción, deberá facturar el código 10.01.50 (50 %). Caso contrario enviar Rx comprobatoria para su reconocimiento al 100 %.

A tener en cuenta: se considera período de recambio para las piezas 51, 61, 71, 81, 52, 62, 72, 82 (a partir de los seis años); 54, 64, 74, 84, 73, 83 (a partir de los nueve años); 55, 65, 75, 85, 53, 63 (a partir de los diez años).

Códs. 10.02, 10.04, 10.05, 10.08, 10.09, 10.10, 10.11, 10.12, 10.13, 10.14, 10.15, 10.16 y 10.18: Se debe presentar Rx. preoperatoria (las correspondientes a Códos. 10.09 y 10.18 están incluidas en el valor del código).

Cód. 10.09 Extracción de dientes retenidos y Cód. 10.10 Germectomía. En el caso particular de estos códigos para dientes retenidos deberá acompañarse la radiografía pre-operatoria (en 10.09 está incluida en el valor del código) que justifique al menos de la necesidad de realización de colgajos, amplia osteotomía y/u odontosección, debido a una completa inclusión dentro de los maxilares o en posiciones totalmente anormales o con una anatomía dentaria anormal que justifique una intervención mayor, como ejemplo de esto y para dejar claro que casos serán reconocidos en estos códigos enumeraremos los mismos: pieza dentaria en posición horizontal, invertida y transversal. Referido a la posibilidad de existencia de dos o más patologías, la Auditoría autorizará un solo código sin perjuicio de la posibilidad de casos excepcionales que podrán ser considerados.