

## OAM ( OBRA SOCIAL DE AGENTES MUNICIPALES)

Área de Aplicación : **Ámbito del C.O.M.P.**

Identificación del Beneficiario: **Credencial del Beneficiario y D.N.I., además, para afiliados activos fotocopia último recibo de sueldo y para afiliados adherentes último recibo de pago. Los planes con derecho a atención son los siguientes:**

PLAN PREMIUM (CARNET PLÁSTICO) O SU PROVISORIO

PLAN PREMIUM JOVEN (CARNET PLASTICO) O SU PROVISORIO

PLAN BASICO (CARNET ROSA)

**PLAN AZUL** (no autoriza)

**PLAN AZUL CLASSIC** ( idem plan azul)

**PLAN CONVENIO CON CONSULADO DE ITALIA EN MAR DEL PLATA**, a partir del 01 de Enero 2013 entra en vigencia un cambio en el nombre y en la credencial del plan Azul Classic, renombrándose **PLAN CONVENIO CONSULADO DE ITALIA EN MAR DEL PLATA**, manteniendo a los fines de la facturación y de las normas operativas, las mismas características vigentes para el plan Azul C

### PLAN VERDE y PLAN VERDE JOVEN

Este Anexo se agrega a los ya firmados con la Institución, con motivo de la incorporación de los nuevos planes : **"PLAN VERDE " y " PLAN VERDE JOVEN"** , que entraron en vigencia a partir del 01 de Septiembre de 2012, manteniendo a los fines de la facturación y de las normas operativas, las mismas características vigentes para los planes Premium y Joven respectivamente.

#### a) IDENTIFICACION DE LOS ASOCIADOS DEL PLAN VERDE

Los asociados de la **O.A.M.** para todo tipo de atención se identificarán presentando el siguiente carnet:



## b) IDENTIFICACION DE LOS ASOCIADOS DEL PLAN VERDE JOVEN

Los asociados de la **O.A.M.** para todo tipo de atención se identificarán presentando el siguiente carnet:



**Teléfonos de Asistencias** - Servicio sujeto a Condiciones Generales  
Para solicitar asistencia siempre deberá comunicarse con la central operativa, mediante cobro revertido (solicitándolo a la operadora local) o en forma directa a los siguientes números:

Desde Argentina	0800 - 999 - 6400 / 011 4323 - 7777
Desde Bolivia	00 9800 - 542 - 0051
Desde Brasil	0800 - 761 - 9154
Desde Chile	1888 - 0020 - 0668
Desde Paraguay	800 - 100 - 717
Desde Uruguay	000 - 405 - 4085

Si no lograra acceder a cualquiera de los números arriba indicados, llame desde el exterior al +54 11 4323 - 7777 / +54 11 5330 - 6190, o bien desde la Argentina al 011 5330 - 6190 - Fax: +54 11 4323 - 7788 - e-mail: [asistencias@ua.com.ar](mailto:asistencias@ua.com.ar)  
NOTA: El símbolo + significa que deberá marcar el prefijo o código internacional de salida del país en que se encuentra.  
Coloque aquí su Nombre y Apellido / N° de Socio

**Papelería a utilizar:** Ficha del círculo, autorización previa en la obra social . Informamos que a partir del 01/07/2019 La OAM reemplazará las autorizaciones sobre las prácticas ambulatorias y odontológicas, que se adjuntaban a las ordenes prescriptas por los profesionales; en su lugar se colocará al dorso de la misma, un sello cuya imagen se adjunta a la presente.

PARA SER COMPLETADO POR EL PRESTADOR	
	Orden N°: 306522
	Prestador: CLÍNICA *****
	FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO AUDITOR
	Auditoría: PRESTADOR
	Ap. y Nomb.:
	DNI:
	Firma: Fecha:

Cobertura: **100 % a cargo de la obra social, excepto los códigos que figuran en el arancel en la columna copago y los capítulos prótesis, que son a cargo de paciente y se publican aranceles referenciales**

Normas de trabajo: **Se detallan debajo.**

Las ordenes autorizada por la Mutual, en el caso del plan Premium y plan Verde, tendrán una validez de 90 días a partir de la fecha de realización de la misma. En el caso del Plan Azul, al no adjuntar orden autorizada en las practicas que así lo requieran, se extiende a 90 días la validez desde la fecha de prescripción médica.

## **NORMAS OPERATIVAS ODONTOLÓGICAS**

- SE RECONOCERÁN HASTA 2 PRESTACIONES POR FICHA, POR PACIENTE, POR MES.
- EN EL CASO DE INDICAR LA CONSULTA, ESTA SE AGREGA A LAS 2 PRESTACIONES.
- LAS RADIOGRAFÍAS NO SUMAN COMO PRESTACIONES.
- TODA PRESTACIÓN DEBE REGISTRARSE EN EL ODONTOGRAMA.
- CADA PRESTACIÓN DEBE COMPLETARSE EN EL DORSO DE LA FICHA CON EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE EN EL NOMENCLADOR DE OAM, INDICANDO PIEZA DENTAL TRATADA Y FECHA.
- EL PACIENTE DEBE FIRMAR LAS PRESTACIONES EN SU RESPECTIVO RENGLÓN LUEGO DE CONTAR CON LA PRÁCTICA TERMINADA.

### **TENER EN CUENTA:**

**TODA PRESENTACION DE FICHAS INCOMPLETAS, CON ENMIENDAS O TACHADURAS, SIN FIRMA DEL AFILIADO Y/O FIRMADAS CRUZADAS, DARÁ LUGAR AL DÉBITO DE LA PRESTACIÓN.**

### **01 CONSULTAS**

- TODAS LAS CONSULTAS SE FACTURAN POR INTERMEDIO DEL CIRCULO ODONTÓLOGICO.

#### **01.01 EXÁMEN, DIAGNÓSTICO, FICHADO Y PLAN DE TRATAMIENTO.**

- PARA SU RECONOCIMIENTO SE DEBERÁ ADJUNTAR:
- UNA FICHA ODONTOLÓGICA, DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA CON TODOS LOS DATOS REQUERIDOS, LAS FIRMAS Y EL ESTADO BUCAL DEL PACIENTE, ODONTOGRAMA.
- CON COLOR AZUL, MARCAR EN EL ODONTOGRAMA LAS PRESTACIONES A REALIZAR Y EN COLOR ROJO LAS EXISTENTES.
- SE RECONOCERÁ 1 CONSULTA CADA 12 MESES POR PROFESIONAL EN UN MISMO PACIENTE, CON UN TOPE DE 3 CODIGOS POR AÑO EN TOTAL PARA DISTINTOS PRESTADORES.
- NO DEBE SER FACTURADO POR ESPECIALISTAS QUE REALIZAN PRÁCTICAS DERIVADAS DE OTRO PRESTADOR.
- SIEMPRE MANTENER EL ODONTOGRAMA ACTUALIZADO.
- ESTE CÓDIGO NO SERÁ RECONOCIDO, EN EL CASO, QUE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES SE HAYA FACTURADO EL CÓDIGO 0801 O 0701.

#### **01.04 CONSULTA DE URGENCIA**

- SE CONSIDERA CONSULTA DE URGENCIA A TODA PRESTACIÓN ODONTOLÓGICA NO PROGRAMADA Y QUE NO CONSTITUYA PASO INTERMEDIO Y/ O FINAL DE OTRA PRESTACIÓN. EJEMPLO: CEMENTADO DE CORONAS, ALVEOLITIS DE EXODONCIAS REALIZADAS POR OTRO PROFESIONAL, PERICORONARITIS, PUNCIÓN Y DRENAJE DE ABSCESOS, APERTURAS Y EXTIRPACIÓN DE FILETES QUE NO SEA REALIZADA POR EL PROFESIONAL QUE VA A REALIZAR LA ENDODONCIA, HEMORRAGIAS ETC.
- SE DEBERÁ ESTABLECER EN TODOS LOS CASOS EL MOTIVO DE LA CONSULTA INDICANDO PIEZA Y/O SECTOR Y UNA BREVE EXPLICACIÓN DE LO REALIZADO EN EL AREA DE OBSERVACIONES DE LA FICHA ODONTOLÓGICA.
- ÉSTE CÓDIGO DEBE SER FACTURADO SOLO, EN UNA FICHA.
- SE RECONOCERA HASTA 2 CÓDIGOS POR MES. UN TOTAL DE 6 CONSULTAS AL AÑO.

### **02 OPERATORIA DENTAL**

- LAS RESTAURACIONES SIMPLES, COMPUESTAS Y COMPLEJAS SE CONSIDERAN ACTO ÚNICO POR PIEZA DENTARIA INDEPENDIENTE DE LAS CARAS TRATADAS. EL PROFESIONAL DEBE ACLARAR CARAS TRATADAS.

#### **02.02 RESTAURACIÓN CON FOTOCURADO**

- PARA TODOS LAS RESTAURACIONES. SE RECONOCERÁ 1 POR PIEZA Y TENDRÁ UNA GARANTÍA DE 24 MESES.

### **03 ENDODONCIA**

- **SE RECONOCERÁ UN CÓDIGO POR PIEZA POR AFILIADO**, NO PUDIENDO SER REPETIDO POR EL MISMO PROFESIONAL.
- **EN CASO DE RETRATAMIENTO, PODRÁ FACTURARSE PASADO LOS TRES AÑOS POR OTRO PRESTADOR.**
- TODO TRATAMIENTO DE ENDODONCIA DEBERÁ SER PRESENTADO CON RADIOGRAFÍA PRE OPERATORIA Y POST OPERATORIA, ABROCHADAS EN EL BORDE DE LA FICHA EN ORDEN CRONOLÓGICO, DE MANERA QUE PUEDAN SER OBSERVADAS A SIMPLE VISTA, SIN SOBRE. TÉCNICAMENTE DEBERÁN REUNIR LAS CONDICIONES DE UNA ADECUADA ANGULACIÓN, DEFINICIÓN, CENTRADO, CONTRASTE, REVELADO Y FIJADO PARA POSIBILITAR UNA CORRECTA Y FÁCIL EVALUACIÓN. SE ACEPTAN RADIOVISIOGRAFÍAS IMPRESAS Y ABROCHADAS EN LA FICHA. LA FALTA DE ESTOS REQUISITOS SERÁ CAUSA SUFICIENTE PARA NO RECONOCER LA PRÁCTICA. LAS RADIOGRAFÍAS NO ESTAN INCLUIDAS DENTRO DEL VALOR DE LA PRÁCTICA, DEBERÁN FACTURARSE CON EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE. A EFECTOS DE RECONOCER TODO TRATAMIENTO DE ENDODONCIA DEBERÁ VISUALIZARSE EN LA RADIOGRAFÍA POST OPERATORIA LA CORRECTA PREPARACIÓN DEL O LOS CONDUCTOS RADICULARES Y QUE EL MATERIAL RADIOPACO LLEGUE HASTA EL LÍMITE CEMENTO DENTINARIO, A 1 MM APROXIMÁDAMENTE. EN CASO DE NO CUMPLIR CON ÉSTA NORMA EL PRESTADOR DEBERÁ JUSTIFICARLO EN EL SECTOR OBSERVACIONES DE LA FICHA A EFECTOS DE SU RECONOCIMIENTO. CUANDO LA ENDODONCIA ESTE CONTRAINDICADA RADIOGRAFICAMENTE, SE DEBERÁ ESTABLECER LA CAUSA DE SU REALIZACIÓN EN EL CASILLERO OBSERVACIONES DE LA FICHA.
- **SE PUEDEN PRESENTAR 1 POR MES POR AFILIADO.**

#### **03.01 ENDODONCIA UNIRRADICULAR**

#### **03.02 ENDODONCIA MULTIRRADICULAR**

#### **03.05 BIOPULPECTOMIA PARCIAL**

- CUANDO SE REALICE ÉSTA PRÁCTICA, **NO SERÁ RECONOCIDO OTRO TRATAMIENTO DE ENDODONCIA EN LA MISMA PIEZA, HASTA 12 MESES DESPUES DE EFECTUADA LA MISMA.**
- SI ES REALIZADA POR EL MISMO PROFESIONAL, SE RECONOCERÁ CON RADIOGRAFÍA PRE Y POST OPERATORIA.

#### **03.06 NECROPULPECTOMIA PARCIAL. MOMOFICACIONES**

- REQUIERE RADIOGRAFÍA POST OPERATORIA.
- LA RADIOGRAFÍA SE FACTURARÁ APARTE CON EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE. INDICAR PIEZA DENTARIA.
- **NO SE RECONOCERÁ OTRO TRATAMIENTO DE ENDODONCIA EN LA MISMA PIEZA Y POR EL MISMO PROFESIONAL, HASTA 12 MESES DESPUES DE EFECTUADA ÉSTA PRÁCTICA.** SOLO PARA PIEZAS DENTARIAS EN SECTOR POSTERIOR.

#### **03.08 ENDODONCIA MECANIZADA**

- PRACTICA RECONOCIDA SOLAMENTE PARA ASOCIADOS DEL PLAN AZUL.
- SE RECONOCERÁ ESTE CÓDIGO EN TRATAMIENTOS ENDODÓNTICOS QUE SE HAYA UTILIZADO ESTA TÉCNICA EN CUESTIÓN.

### **05 PREVENCIÓN**

- **EN EMBARAZADAS SE RECONOCERA UN CODIGO 05.01 CADA 3 MESES, MÁXIMO 3 CÓDIGOS DURANTE EL PERIODO DE GESTACIÓN.**

#### **05.01 CONSULTA PREVENTIVA PERIÓDICA PARA MAYORES DE 13 AÑOS.**

- **SE RECONOCERÁ 1 CADA 12 MESES. A MAYORES DE 13 AÑOS.**

- CUALQUIERA SEA LA TÉCNICA EMPLEADA, INCLUYE TARTECTOMÍA Y CEPILLADO MECÁNICO, DETECCIÓN Y CONTROL DE PLACA, ENSEÑANZA DE TÉCNICA DE HIGIENE ORAL Y CONTROL DE DIETA.
- INCLUYE AMBAS ARCADAS.
- EN EMBARAZADAS 1 PRÁCTICA CADA 3 MESES. HASTA EL PARTO.ESPECIFICAR EN OBSERVACIONES.

#### **05.02 CONSULTA PREVENTIVA PERIÓDICA PARA MENORES HASTA 13 AÑOS INCLUSIVE.**

- INCLUYE CONSULTA PREVENTIVA, DETECCIÓN DE PLACA BACTERIANA, CEPILLADO MECÁNICO, APLICACIÓN DE FLUOR, ENSEÑANZA DE HIGIENE ORAL Y CONTROL DE DIETA.
- SE RECONOCERÁ CADA 6 MESES POR AMBAS ARCADAS. HASTA LOS 13 AÑOS INCLUSIVE.
- CUALQUIERA SEA LA TÉCNICA EMPLEADA. INCLUYE EL CODIGO 05.01

#### **05.05 SELLANTES DE FOSAS Y FISURAS**

- SE RECONOCERÁN EN PREMOLARES Y PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES PERMANENTES. NO TENIENDO COBERTURA EN DIENTES TEMPORARIOS.
- SE RECONOCERÁ HASTA LOS 17 AÑOS DE EDAD INCLUSIVE.
- SE RECONOCERÁ EN CARAS OCLUSALES DE PIEZAS DENTARIAS NO TRATADAS CON ANTERIORIDAD.
- NO SE RECONOCERÁ OBTURACIÓN EN ESA PIEZA DURANTE EL LAPSO DE 12 MESES. POR UNICA VEZ. HASTA 2 POR MES. DEL MISMO ASOCIADO.

#### **07 ODONTOPEDIATRÍA**

##### **07.01 CONSULTA, FICHADO Y MOTIVACIÓN.**

- ÉSTE CÓDIGO INCLUYE EL FICHADO Y CONSULTA DE MOTIVACIÓN EN NIÑOS Y NIÑAS DE HASTA 13 AÑOS INCLUSIVE.
- SE PUEDEN PRESENTAR HASTA 3 CÓDIGOS POR AFILIADO.
- A PARTIR DE LOS 12 MESES DEL TERCERO, SE FACTURARÁ EL CÓDIGO 0101.
- SE DEBERÁ ADJUNTAR UNA FICHA ODONTOLÓGICA DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA CON LOS DATOS REQUERIDOS, LAS FIRMAS Y EL ESTADO BUCAL DEL PACIENTE.

##### **07.04 TRATAMIENTO CON FORMOCRESOL EN DENTICIÓN TEMPORARIA**

- SE RECONOCERÁ POR ÚNICA VEZ CUANDO EL DIENTE TRATADO NO SE ENCUENTRE EN EL PERIODO DE EXFOLIACIÓN NORMAL O PERSISTA, POR LO MENOS, LA MITAD DE LA LONGITUD DE LAS RAÍCES.
- SE RECONOCERÁ CON RADIOGRAFÍA POS OPERATORIA FACTURADA APARTE. Y SE ADJUNTARÁ EN LA FICHA DE REGISTRO DE PRESTACIÓN. INDICAR PIEZA DENTARIA.

#### **08 PERIODONCIA**

##### **08.01 CONSULTA, ESTUDIO, DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO**

- ÉSTA PRÁCTICA INCLUYE LA CONFECCIÓN DE LA FICHA PERIODONTAL COMPLETA Y ODONTOGRAMA ACTUALIZADO.
- INCLUYE EL CÓDIGO 0101.
- SE RECONOCE UN CÓDIGO POR PACIENTE. A PARTIR DE LOS 13 AÑOS.
- SE FACTURARÁ ESTE CÓDIGO PREVIO A LA REALIZACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS PERIODONTALES 0803 O 0804.
- 1 CODIGO CADA 12 MESES.

##### **08.02 TRATAMIENTO DE GINGIVITIS MARGINAL CRONICA**

- COMPRENDE TARTECTOMÍA, RASPAJE Y ALISADO, DETECCIÓN Y CONTROL DE PLACA, TOPICACIÓN CON FLÚOR Y ENSEÑANZA DE TÉCNICA DE HIGIENE BUCAL.
- SE RECONOCERÁ COMO ÚNICA PATOLOGÍA HASTA 1 VEZ CADA 12 MESES.
- INCLUYE EL CÓDIGO 0501 Y 0502.
- INCLUYE AMBAS ARCADAS DENTARIAS.

### **08.03 TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL LEVE O MODERADA.**

- BOLSAS DE HASTA 5 MM. SE FACTURA POR SECTOR. SON 6 SECTORES EN TOTAL. 1- SUPERIOR DERECHO 2- SUPERIOR CENTRAL 3- SUPERIOR IZQUIERDO 4-INFERIOR DERECHO 5-INFERIOR CENTRAL 6- INFERIOR IZQUIERDO. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, ALISADO RADICULAR, EVENTUAL GINGIVECTOMIA O COLGAJO.
- SE RECONOCERÁ CON RX PRE OPERATORIA QUE SE FACTURARÁ APARTE Y FACTURACIÓN PREVIA DEL CÓDIGO 0801.
- SE PODRÁ FACTURAR HASTA 2 SECTORES POR MES.
- PODRÁ REPETIRSE EL TRATAMIENTO CADA 24 MESES.
- EN CASO DE PIEZAS, FALTANTES SE SUMARÁ EL VALOR DE LOS 6 SECTORES Y SE DIVIDIRÁ POR 28, LO CUAL DARÁ EL VALOR POR PIEZA DENTARIA.
- SE ABONARÁ SOLO PIEZAS EXISTENTES EN BOCA.
- LAS RX DEBEN ABROCHARSE EN LA FICHA PERIODONTAL.

### **08.04 TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD PERIODONTAL SEVERO.**

- SE RECONOCERÁ ÉSTE CÓDIGO EN AQUELLOS CASOS EN LOS CUALES SE COMPRUEBE RADIOGRÁFICAMENTE BOLSAS PERIODONTALES QUE SUPEREN LOS 5 MM O PÉRDIDA DE LA INSERCIÓN MAYOR A LOS 5 MM.
- SE FACTURA POR SECTOR. SON 6 SECTORES EN TOTAL. 1- SUPERIOR DERECHO 2- SUPERIOR CENTRAL 3- SUPERIOR IZQUIERDO 4-INFERIOR DERECHO 5-INFERIOR CENTRAL 6- INFERIOR IZQUIERDO. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL, ALISADO RADICULAR, EVENTUAL GINGIVECTOMÍA O COLGAJO.
- SE RECONOCERÁ CON RX PRE OPERATORIA QUE SE FACTURARÁ APARTE Y FACTURACIÓN PREVIA DEL CÓDIGO 0801.
- SE PODRÁ FACTURAR HASTA 2 SECTORES POR MES.
- PODRÁ REPETIRSE EL TRATAMIENTO CADA 24 MESES.
- EN CASO DE PIEZAS FALTANTES SE SUMARÁ EL VALOR DE LOS 6 SECTORES Y SE DIVIDIRÁ POR 28, LO CUAL DARÁ EL VALOR POR PIEZA DENTARIA. SE ABONARÁ SOLO PIEZAS EXISTENTES EN BOCA.
- LAS RX DEBEN ABROCHARSE EN LA FICHA PERIODONTAL.

### **TENER EN CUENTA**

**DEBERÁ ENVIARSE PREVIAMENTE LA FICHA PERIODONTAL CON DIAGNOSTICO A LA AUDITORIA PARA SU AUTORIZACIÓN. EN CASO DE PRESENTAR ESTE CODIGO SIN AUTORIZACIÓN PREVIA NO SERA RECONOCIDO POR LA MUTUAL.**

### **08.06 PLACAS OCLUSALES DE ACRÍLICO MIORRELAJANTES/VACUPRESS**

- 1 CADA 3 AÑOS, SEA SUPERIOR O INFERIOR.

### **09 RADIOLOGÍA**

- LAS RADIOGRAFÍAS NO ESTÁN INCLUIDAS DENTRO DE NINGUNA PRÁCTICA.
- LAS MISMAS PODRÁN FACTURARSE COMO PRESTACIONES INDEPENDIENTES INDICANDO EL MOTIVO Y/ O DIAGNÓSTICO QUE LAS ORIGINA.
- LAS RADIOGRAFÍAS DEBERÁN SER ENVIADAS **ABROCHADAS** A LA FICHA DE REGISTRO DE PRESTACIONES CORRESPONDIENTE DE MANERA QUE PUEDAN SER OBSERVADAS A SIMPLE VISTA, SIN SOBRE.
- TÉCNICAMENTE DEBERÁN REUNIR LAS CONDICIONES DE UNA ADECUADA ANGULACIÓN, DEFINICIÓN, CENTRADO, CONTRASTE, REVELADO Y FIJADO PARA POSIBILITAR UNA CORRECTA Y FÁCIL EVALUACIÓN.
- SE ACEPTAN RADIOVISIOGRAFÍAS IMPRESAS Y ABROCHADAS EN LA FICHA.

### **TENER EN CUENTA**

**LA FALTA DE ESTOS REQUISITOS SERA CAUSA SUFICIENTE PARA NO RECONOCER LA PRÁCTICA. SIEMPRE QUE SE ENVÍE UNA RADIOGRAFÍA EN UNA FICHA DEBE INDICAR PIEZA DETERMINADA Y MOTIVO DE LA PRÁCTICA.**

#### **09.01.01 PERIAPICAL. TÉCNICA DE CONO LARGO O CONO CORTO O RVG.**

- INDICAR PIEZA INVOLUCRADA Y MOTIVO DE LA PRÁCTICA. QUE NO SEAN RESPALDATORIAS DE TRATAMIENTOS SE ADMITEN HASTA 2 POR MES.

#### **09.01.02 BITE WING.**

- INDICAR PIEZA INVOLUCRADA Y MOTIVO DE LA PRÁCTICA. HASTA 2 X MES.

#### **09.01.03 OCLUSAL DE 6X8CM.**

- INDICAR PIEZA INVOLUCRADA Y MOTIVO DE LA PRÁCTICA. HASTA 2 X MES.

#### **09.01.04 MEDIA SERIADA**

- DE 5 A 7 PELÍCULAS SE FACTURARÁN CON ÉSTE CÓDIGO.
- NO ADMITE RADIOVISIOGRAFÍA.
- 8 PELÍCULAS SE FACTURAN COMO MEDIA SERIADA MÁS UNA PERIAPICAL.
- 9 PELÍCULAS SE FACTURAN COMO MEDIA SERIADA MÁS 2 PERIAPICALES.
- INDICAR PIEZAS INVOLUCRADAS Y MOTIVO DE LA PRÁCTICA.
- 1 CADA 12 MESES.

#### **09.01.05 SERIADA**

- DE 10 A 14 PELÍCULAS SE FACTURAN COMO SERIADA.
- ÉSTE CÓDIGO NO ADMITE RADIOVISIOGRAFÍA.
- INDICAR PIEZAS INVOLUCRADAS Y MOTIVO DE LA PRÁCTICA.
- 1 CADA 12 MESES.

#### **09.02 RADIOGRAFIAS EXTRABUCALES**

- EN LAS ÓRDENES DEL PRESCRIPTOR, DEBE SER LEGIBLE: EL NOMBRE, APELLIDO Y NÚMERO DE AFILIADO, LA FECHA DE EMISIÓN, DIAGNOSTICOS Y LA FIRMA Y EL SELLO DEL PROFESIONAL.
- LAS ORDENES TENDRÁN UNA VALIDEZ DE 30 DÍAS.

#### **09.02.03 CONDILOGRAFÍA.**

- SE RECONOCERÁ 1 CADA 12 MESES. DETALLAR MOTIVO DE LA PRÁCTICA.

#### **09.02.04 PANTOMOGRAFÍA**

- ÉSTA PRESTACIÓN SÓLO TIENE COBERTURA BAJO LOS DIAGNÓSTICOS: CIRUGÍA TERCEROS MOLARES, IMPLANTES, ORTODONCIA Y ORTOPEDIA.
- SE RECONOCERÁ 1 CADA 12 MESES.
- DETALLAR MOTIVO DE LA PRÁCTICA.

#### **09.02.05 TELERRADIOGRAFÍA CEFALOMÉTRICA**

- NO INCLUYE TRAZADOS CEFALOMÉTRICO

### **10 CIRUGÍA**

#### **10.01 EXTRACCIÓN SIMPLE**

- INDICAR PIEZA DENTARIA. POR ÚNICA VEZ.

#### **10.09 EXTRACCIÓN DE PIEZAS EN RETENCIÓN MUCOSA**

- INDICAR PIEZA DENTARIA.
- ESTA PRÁCTICA DEBERÁ CONTAR CON DOCUMENTACIÓN RADIOGRÁFICA RESPALDATORIA PRE Y POST, QUE SE ADJUNTARÁ A LA FICHA DE REGISTRO DE PRESTACIONES. POR ÚNICA VEZ.

#### **10.10 GERMECTOMÍA**

- ÉSTA PRÁCTICA DEBERÁ CONTAR CON DOCUMENTACIÓN RADIOGRÁFICA RESPALDATORIA, PRE Y POST QUE SE ADJUNTARÁN A LA FICHA DE REGISTRO DE PRESTACIONES. . POR ÚNICA VEZ.

#### **10.19 EXTRACCIÓN DE PIEZAS EN RETENCIÓN ÓSEA.**

- INDICAR PIEZA DENTARIA. ÉSTA PRÁCTICA DEBERÁ CONTAR CON DOCUMENTACIÓN RADIOGRÁFICA RESPALDATORIA, PRE Y POST QUE SE ADJUNTARÁN A LA FICHA DE REGISTRO DE PRESTACIONES. . POR UNICA VEZ.

**EN TODOS LOS CASOS, LOS TRATAMIENTOS PODRÁN ESTAR SUJETOS A AUDITORIA.**