

PREVENCION SALUD

- Se valida la vigencia de la afiliación vía Internet (on line en www.prevencionsalud.com.ar), ó consulta al 0810-555-1055 Atención a Prestadores (Lunes a Viernes de 8 a 20 hs). O vía www.Traditum.com, ingresando en el ítem “Transaccional” utilizando como USUARIO: IT007270 y la CLAVE:IT007270(en mayúsculas), luego “Prevencion Salud” y “Elegibilidad”. Allí se tipea el número de afiliado completo y el sistema emite una pantalla con un Nº de Transacción si el afiliado está en condiciones de ser atendido. (Se puede imprimir). Anotar este Nº en la ficha dental para facturar o adjuntar el impreso. Si el resultado es “Consulta Rechazada”, no atender al paciente.
- En el caso que las prestaciones requieran autorización previa, gestionar el afiliado o el prestador en Prevención Salud, vía Internet, por fax al 0800-444-8500, por mail a autorizaciones@prevencionsalud.com.ar, consulta telefónica al 0810-555-1055 (Atención Prestadores). Las mismas tienen una vigencia de 30 días.
- **Se debe indicar la condición de IVA en la ficha dental al facturar, caso contrario no podrá ser facturada.**

CONDICIÓN DE IVA

OBLIGATORIOS- EXENTO-NO GRAVADO (SIN IVA)

VOLUNTARIO-GRAVADO (CON IVA)

Nombre de la Obra Social

Prevención Salud S.A. (60)

Área de Aplicación

Todo el ámbito Provincial.

Identificación del Beneficiario

Documento de Identidad y Carnet afiliatorio de planes: A1,A2,A3,A4,A5,A6, con Copago, Basico y PMI. Credencial de Plan Joven.
OSPIM (Molineros) No poseen cobertura odontológica a partir del 1/12/19
Queda bajo responsabilidad del Prestador validar la vigencia de la afiliación y el plan, antes de brindar atención.

Nomenclador y Arancel

Se adjuntan a la presente.

Cobertura

- Plan A con CoPago y Plan Joven A con Copago: El profesional facturará el 100% del arancel. Cod.60
- Planes A1al A6 con Copago y Planes Joven A1 al A6: Cobertura 100%
- Código de Obra Social: Cód. 60

- Planes A1, A2, A3, A4, A5 y A6 y Planes Joven A1 al A6:
Cobertura 100%
 - Código de Obra Social: Cód. 60
-

- Plan Básico (Credencial común y de Plan Joven) con co-pago al afiliado CON AUTORIZACION) Cod. 60B
- Plan On Demand -Plan Materno Infantil con co-pago al afiliado CON AUTORIZACION Cód. 60 B
- El afiliado abona co-pagos por cada práctica, los que se descontarán del

valor total de cada prestación.

Consultas: \$ 5.000.-

Prácticas: \$ 12.000.-

Plan Materno Infantil no abona Co-pagos

Normas de trabajo Generales de FO.P.B.A. y Particulares.

Modelos de Documentación



Normas de Facturación

Para evitar el traslado de los citados débitos, le sugerimos que, cuando un afiliado recurra por una nueva patología y no estaba indicada en el odontograma original, se aclare en la ficha en el campo de "Observaciones".

- Cod. 01.04: Se factura como única práctica del mes.
- Endodoncia: se facturara un solo código de Endodoncia por mes, pudiendo acompañarse con códigos de otros capítulos.
- Periodoncia: para códigos 08.16 y 08.17 se podrán facturar hasta 8 códigos (1 por pieza) como única práctica del mes. El código 08.11 se cuenta para el límite de prácticas

Plazo de Facturación y Refacturación

El tiempo de presentación al cobro de las consultas y prácticas no podrá exceder los **sesenta (60) días** contados a partir de la fecha de realización.

Aquellas que excedan el plazo indicado anteriormente no serán reconocidas para su pago. Las Refacturaciones por débito y los reclamos, no podrán superar los **30 días** desde el momento de la recepción del débito.

Normas Particulares

Para evitar el traslado de los citados débitos, le sugerimos que, cuando un afiliado recurra por una nueva patología y no estaba indicada en el odontograma original, se aclare en la ficha en el campo de “Observaciones”.

Límite de prestaciones

Planes A2-A3-A4: Tres (3) prácticas mensuales con un máximo de dos (2) del Capítulo II – Operatoria Dental. **Planes A5-A6:** Cuatro (4) prácticas mensuales con un máximo de dos (2) del Capítulo II – Operatoria Dental.

Planes A1 y A Con Co pago: dos (2) prácticas mensuales. El Plan aunque se llame con Co-Pago, en odontología la cobertura es al 100%.

El cód.0101 no cuenta para el tope mensual.

Para las prácticas del **Capítulo III – Endodoncia las Radiografías** no se encuentran incluidas dentro del valor de cada prestación. Se reconocerán hasta dos (2) radiografías por código. Se ruega prestar especial atención a las prestaciones del nomenclador de esta Obra Social y la descripción de cada código, ya que posee diferencias con el Nomenclador Nacional.

- [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

Cod. 01.01. Examen, diagnostico, fichado y plan de tratamiento: Podrá facturarse hasta una vez por año en pacientes de todas las edades. Cuando el paciente no tenga prácticas odontológicas previas el profesional deberá aclarar “NO EXISTE TRATAMIENTO ANTERIOR”. En caso de dentición mixta deberá completarse el odontograma indicando las piezas exfoliadas y las erupcionadas.

Cod. 01.04. Consulta de Urgencia: Podrá ser facturado cada 4 (cuatro) meses si fuera necesario y como única prestación.

Cod. 01.05. Consulta preventiva en embarazadas: Se reconocerá en afiliadas que presenten constancia médica y sólo 1 (un) código por embarazo. Incluye: detección y remoción de placa bacteriana, topicación con flúor y enseñanza de técnicas de higiene.

Capítulo II: Operatoria Dental

Las restauraciones tendrán un tiempo de vigencia de 2 (dos) años, lapso en el cual el sistema no abonará otra restauración si es efectuada por el mismo profesional. Las obturaciones contemplan todos los materiales de restauración científicamente conocidos, como así también las técnicas, instrumental y equipamiento que el profesional crea más conveniente en la reconstrucción de la pieza dentaria. Sea cual fuera la ubicación de la caries en la misma pieza dentaria solo podrá ser facturado como máximo 2 (dos) códigos 02.01 ó 1/02.01 y 1/02.02 ó 1/02.09.

Cod. 02.01. Restauración convencional de pieza dentaria: Comprenderá todos los tratamientos de los tejidos duros del diente para resolver los daños provocados por la caries dental que involucre una sola cara de la pieza dental (indicar cara). Cuando se obturen las distintas fosas de la cara oclusal se la considerará una obturación simple.

Cod. 02.02. Restauración compuesta de pieza dentaria: Comprenderá todos los tratamientos de los tejidos duros del diente provocados por la caries dental que abarque las caras proximales y que debe hacerse abordaje por otra cara. Ejemplo: OM – MOD – OD: en el caso que presente una caries en la fisura o fosa de las caras vestibular, lingual o palatina o caries gingival podrá facturarse además un código 0201, el cual podrá facturar 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, por ejemplo: MP, en el caso de que sea necesario una obturación compuesta; ej.: DP en la misma pieza se podrá facturar un código 02.01, pero de ninguna manera se podrán facturar dos códigos 02.02 en forma conjunta en la misma pieza. Ej.: 02.02 en 11 MP ó MIP /// 02.01 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

Cod. 02.09. Restauración compleja de pieza dentaria: Comprenderá a todas aquellas restauraciones de mayor complejidad donde deban realizarse reconstrucciones de 2 (dos) ángulos (ángulos mesial y distal), carillas o cúspides en dientes anteriores ó posteriores, comprenderá la utilización de coronas preformadas, tornillos o cualquier otro elemento que el profesional crea conveniente. Dicha pieza dentaria no podrá recibir otra obturación por el término de 24 meses.

Capítulo III: Endodoncia

En todo tratamiento de endodoncia deberá acompañarse para su reconocimiento las Rx pre y post operatorias, cuyos valores no están incluidos dentro del valor que tiene cada código del Capítulo III, se reconocerá hasta 2 radiografías por código.

Se puede facturar una sola endodoncia por mes por afiliado.

Las endodoncias tendrán una vigencia de 3 años, por lo que durante este lapso el profesional no podrá facturar otro código de endodoncia o exodoncia en esa pieza dentaria.

Cod. 03.06. Necropulpectomia parcial o momificación: Se reconocerá solamente en dientes posteriores y en casos donde el profesional justifique por escrito el motivo por el cual no se puede realizar el tratamiento endodóntico convencional. Cuando se realice esta práctica no se reconocerá otro tratamiento de endodoncia hasta 1 (un) año después de efectuada la misma, si es realizado por el mismo profesional.

Cod. 03.07. Protección pulpar indirecta: Se reconocerá una protección indirecta en premolares y molares. Dada la necesidad del factor tiempo para el resultado final, no podrá facturarse ningún otro código del presente capítulo hasta superado los 6 meses posteriores de la protección, a excepción de las Rx de control, no más de 1 en este lapso. El profesional actuante deberá reponer las veces necesarias el material de protección colocado durante esos meses.

Capítulo V: Odontología Preventiva

Cod. 05.01. Tartrectomia y cepillado mecánico (ambas arcadas): Se reconocerá por período de 12 meses y en ese lapso no se reconocerá el código 08.12.

Cod. 05.02. Consulta preventiva. Terapias fluoradas: Se reconocerá semestralmente por tratamiento, en ambas arcadas, y cualquiera fuera la técnica utilizada, hasta los 12 años de edad (inclusive). Incluye al código 05.01.

Cod. 05.03. Inactivación de policaries activas: Se reconocerá hasta los 10 años de edad cuando se presenten más de 6 caries activas 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.

Cod. 05.04. Consulta preventiva. Detección, control de placa bacteriana y enseñanza de técnicas de higiene bucal: Se reconocerá una vez cada 12 meses y hasta los 13 años (inclusive).

Cod. 05.05. Selladores de surcos, fosas y fisuras: Se reconocerá hasta los 18 años, en molares y premolares permanentes. Hasta los 8 años podrán rehacerse cada 12 meses, a partir de esa edad cada 24 meses. Se reconocerá solamente en elementos sanos y que no presenten obturación previa. La pieza tratada con sellante no podrá recibir obturación por un término igual al estipulado por la duración del sellante según la edad por el mismo profesional.

Cod. 05.06. Aplicación de cariostáticos en temporarios. Por cuadrante: Se reconocerá en pacientes de hasta 9 años de edad y se podrá facturar por única vez. Deberán indicarse las piezas dentarias tratadas ya que no podrán recibir obturación por un lapso de 12 meses.

Capítulo VII: Odontopediatría

Cód. 07.01 Motivación: Se reconocerá hasta los 12 años de edad cada 6 meses y podrá facturarse hasta 3 veces por paciente cuando se trate del mismo profesional. No incluirá al código 01.01.

Cod. 07.04. Tratamiento de dientes temporarios con formocresol: Requiere Rx pre y post operatoria (incluidas).

Cod. 07.06. Reimplante dentario e inmovilización por luxación total: No incluye el tratamiento endodóntico.

Cod. 07.07. Protección pulpar directa: Se solicitará Rx pre y/o post operatoria para su reconocimiento.

Capítulo VIII: Periodoncia

Para códigos 08.16 y 08.17 se podrán facturar hasta 8 códigos (1 por pieza como única práctica del mes). El código 08.11 se cuenta para el límite de prácticas.

Cod. 08.11. Consulta periodontal, diagnóstico, pronóstico: Se reconocerá 1 (una) vez cada 12 meses. Incluirá la confección de la ficha periodontal respectiva, la cual será obligatoria para realizar los códigos 08.16 y 08.17. No deberá realizarse para código 08.12. No incluirá al código 01.01.

Cód. 08.12. Tratamiento de Gingivitis, Por Arcada: Comprenderá detartraje manual o mecánico, cepillado mecánico, enseñanza de técnicas de higiene oral, etc. Únicamente en mayores de 13 años. Se reconocerá cada 12 meses. Incluirá al cod. 08.13. Se deberá siempre aclarar la arcada que se factura.

Cód. 08.13. Enseñanza de técnicas de Higiene Oral y detección de placa bacteriana: Comprenderá enseñanza de técnica de cepillado, uso de elementos de higiene interdentario, asesoramiento dietético y revelado de placa. Se reconocerá cada 24 meses y en pacientes mayores de 13 años.

Cód. 08.14. Controles post tratamiento sin instrumentación: Se reconocerá cada 6 meses. Comprenderá todas las acciones necesarias para conservar la salud periodontal en pacientes que hayan recibido este tratamiento, no pudiendo facturarse ningún otro código por el lapso de 6 (seis) meses.

Cód. 08.15. Controles post tratamiento con instrumentación: Igual norma que código 08.14.

Cód. 08.16. Raspaje y Curetaje Por Elemento: Incluirá a los cods. 08.12, 08.14 y 08.15. Se reconocerá cada 12 meses. Se podrán facturar hasta 8 elementos por mes por paciente **como única prestación para ese mes.**

Cód. 08.17. Tratamiento Quirúrgico por Elemento: Incluirá a los cods. 08.12, 08.14, 08.15 y 08.16. Se reconocerá cada 24 meses. Se podrán facturar hasta 8 elementos por mes por paciente **como única prestación para ese mes.**

Para los Cods. 08.16 y 08.17. En el caso que corresponda la consulta periodontal se facturará el código 08.11. Se aceptará la combinación de códigos 08.16 y 08.17 cuando no supere los 8 códigos entre ambos y siempre que no se repita elemento y se respeten los códigos a facturar por mes. No se podrá facturar ningún otro código de periodoncia por 6 (seis) meses.

Capítulo IX: Radiología

Las radiografías deben presentarse según normas generales y sin el sobre plástico original.

USO DE RADIOVISIOGRAFOS: las imágenes tienen que tener impresas el protocolo DICOM que identifique el equipo con los datos del paciente y la fecha de la Rx. El impreso debe ser en papel radiográfico.

Cod. 09.01.02. Radiografía media seriada

Cod. 09.01.03. Radiografía seriada

Cods. 09.02.04. y 09.02.05. Se deberá aclarar por escrito el motivo y/o diagnóstico presuntivo que origina el pedido.

Capítulo X: Cirugía

En extracciones dentarias propiamente dichas, las mismas deberán efectuarse en forma completa, sin que permanezca en boca ningún remanente de resto radicular. **Para los códigos que requieran Rx pre y/o post operatorias las mismas estarán incluidas en el valor de la prestación.**

Cod. 10.02 : Se reconocerá con Rx pre-operatoria.

Cod. 10.03: Para su facturación deberá acompañar un diagnóstico presuntivo de la práctica junto con copia del resultado del estudio anatomopatológico donde consten los datos del afiliado, fecha y firma del profesional responsable de haber realizado dicho estudio. No incluirá el estudio anatomopatológico.

Cod. 10.04: Con **AUTORIZACIÓN PREVIA** indicando la circunstancia clínica que da origen a la prestación y Rx pre y post operatoria. Se deberá indicar la zona intervenida.

Cods. 10.05: Se reconocerán con Rx pre y post-operatoria.

Cod. 10.06: Deberá acompañarse breve reseña del cuadro clínico.

Cod. 10.07: Para su facturación deberá acompañar un diagnóstico presuntivo de la práctica junto con copia del resultado del estudio anatomopatológico donde consten los datos del afiliado, fecha y firma del profesional responsable de haber realizado dicho estudio. No incluirá el estudio anatomopatológico.

Cod. 10.08: Deberá indicarse pieza dentaria y motivo de la práctica. Se enviarán Rx post-operatoria.

Cód. 10.09:Extracción de dientes y restos radiculares retenidos; Requerirá Rx pre y post operatoria. Será requisito excluyente la demostración radiográfica, al menos 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 enumeramos los mismos: piezas dentarias en posición horizontal, invertida y transversal. Referido a la posibilidad de existencia de dos o más patologías la Auditoría autorizará 1 solo código sin perjuicio de la posibilidad de casos excepcionales que podrán ser considerados.

Cod. 10.09.01: Se reconocerán con Rx pre y post-operatoria.

Cód. 10.10. Germectomía: Igual norma que cod. 10.09.

Cod. 10.11: Se reconocerá con Rx pre-operatoria.

Cod. 10.12: Se reconocerán con Rx pre y post-operatoria.

Cod. 10.15: Con **AUTORIZACIÓN PREVIA** indicando la circunstancia clínica que da origen a la prestación y Rx pre y post operatoria. Se deberá indicar la zona intervenida.

Cod. 10.16 y 10.17: Requerirán **AUTORIZACIÓN PREVIA**, indicando diagnóstico presuntivo que da origen a la intervención. La Auditoría podrá solicitar resultados de estudios complementarios. Será requisito excluyente para su facturación la presentación de copia del resultado del estudio anatomopatológico.

Cod. 10.18: Se reconocerán con Rx pre y post-operatoria.

Cod. 10.19. Frenectomía: Se deberá indicar si se trata de frenillo lingual o de frenillo labial superior y la circunstancia clínica que da origen a dicha práctica.