

Modalidad Operativa Específica

Odontología



 **JERÁRQUICOS**
Salud

IMPORTANTE: los coseguros a cargo del socio informados en los expedientes son importes que se gestionan en Jerárquicos Salud. Por lo tanto, no deben ser cobrados por el prestador para deducirlo de los valores a facturar.

¡Hola!

En esta Modalidad Operativa vas a encontrar detallados los requisitos para gestionar todo lo que necesites.

Contenido

ALCANCE.....	3
CONSIDERACIONES GENERALES	3
ACERCA DE LA AUTORIZACIÓN.....	5
ACERCA DE LA FACTURACIÓN.....	6
PRÁCTICAS QUE NO REQUIEREN PREVIA AUTORIZACIÓN	6
PRESTACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA.....	17
Prótesis odontológicas.....	17
Implantes	19
Ortodoncia/ortopedia/corrección de malposiciones	19
Estudios tomográficos y otros	23
Cirugías bucal y maxilofacial.....	24

La presente modalidad operativa específica para prestadores es de cumplimiento obligatorio, “anexa” a la Modalidad Operativa General para Prestadores. De no cumplimentar con la misma, en algunos de los puntos establecidos, se aplicará una deducción –total o parcial– a la facturación, según corresponda.

Para la atención del socio: solicitar credencial vigente, documento de identidad y clave token de acuerdo con descripción de los requisitos de facturación.

ALCANCE

Prácticas de odontología general

Prótesis

Implantes

Ortodoncia /Ortopedia/ Corrección de mal posiciones

El período de cobertura de cada práctica rige tanto para el profesional efector como para los profesionales que se encuentren dentro de un mismo ámbito profesional, entendiéndose como tal, mismo domicilio laboral.

CONSIDERACIONES GENERALES

- ▶ La Mutual Jerárquicos Salud pone a disposición de sus prestadores un área exclusiva en su página web, www.jerarquicos.com. Esta sección tiene como objetivo principal mejorar la comunicación, brindar información actualizada, responder a consultas frecuentes y ofrecer una mayor capacidad de autogestión para los profesionales.
El acceso a este espacio está disponible las 24 horas del día desde cualquier dispositivo, garantizando un ingreso seguro. Por ello, invitamos a los prestadores que aún no se han registrado a ponerse en contacto con nosotros para obtener su nombre de usuario y contraseña.
- ▶ En este sitio web también podrá validar el N° token del socio. Ingresando a [Validación online de Socio y Token](#), se deben completar los campos requeridos, obteniendo como resultado si el token generado por el socio, para sí o para algún integrante de su grupo familiar, es válido para la fecha

de prestación consultada.

- ▶ Los **beneficiarios identificados como PMO** cuentan con cobertura únicamente mediante reintegro y autorización previa.
- ▶ **PRESTACIONES MENSUALES:**
 - El profesional no podrá superar las cantidades máximas establecidas para cada grupo de prestaciones: hasta tres (3) prestaciones de Odontología General, hasta cuatro (4) correspondientes al capítulo de Prótesis por socio, con un máximo total de siete (7) códigos por mes. La combinación de prestaciones deberá realizarse únicamente conforme al límite detallado en los párrafos anteriores, sin modificar ni reemplazar las cantidades asignadas a cada grupo.
 - Para implantes, la cobertura es únicamente por reintegro y solo aplica para las líneas de planes superadores (*). El socio tiene acceso hasta tres (3) implantes por año calendario.
- ▶ **PRESCRIPCIÓN ODONTOLÓGICA:**

La misma deberá ser realizada por el Odontólogo tratante en ficha catastral, con letra perfectamente legible y deberá contar con los siguientes datos: ver modelo de Prescripción Odontológica.

[ver modelo de Prescripción Odontológica](#)

- Datos del socio (N° de socio, nombre y apellido).
- Fecha de prestación.
- Odontograma completo (01.01 como requisito excluyente).
- Código de la práctica.
- Observaciones (particularidades técnicas a tener en cuenta por el auditor, si aplica)
- Diagnóstico (Si aplica)
- Firma y Sello del Profesional.
- N.º Token

(*) Planes superadores: línea de planes PMI 2000, PMI 3000, JS IMPULSA Y JS ELITE

ACERCA DE LA AUTORIZACIÓN

- El prestador podrá consultar si un código o práctica requiere o no autorización en Ver Listado de Prestaciones que No Requieren de Autorización Previa o en el área exclusiva para prestadores referida: <https://gestiones.jerarquicos.com/Prestadores/PracticasLiberadas/PracticasLiberadas>
- Para el acceso a las prestaciones que requieren autorización previa de la Mutual Jerárquicos Salud, el Socio deberá gestionar la misma a través de alguna de las vías existentes en forma previa (App Jerárquicos Móvil y web exclusiva para socios Mi JS).

Como respuesta a la solicitud de autorización, desde la Mutual Jerárquicos Salud, remitiremos al Socio el formulario “Expediente de Autorización de Prestaciones Odontológicas”, que será un documento esencial para la presentación de la facturación.

[Ver modelo de Expediente de Autorización de Prestaciones Odontológicas](#)

Este formulario cuenta con un número de expediente único e irrepetible, elemento clave para el control de auditoría.

- Ante el requerimiento de una solicitud de autorización, nuestra Auditoría Médica puede aplicar las siguientes resoluciones:
- **Autorizado:** refiere a las prestaciones autorizadas para ser facturadas por el prestador. En aquellos casos donde Auditoría Médica lo considere relevante, registrará en el campo “Observaciones” información inherente a la realización/facturación de las prácticas, para conocimiento del Socio y/o el prestador. Por ejemplo: modalidad de cobertura, coseguros a cargo del Socio, resolución de presupuestos, etc.
- Sobre estas resoluciones, además se indica:
- A cargo del socio: monto que debe abonar el socio en consultorio
- A cargo de Jerárquicos: monto de cobertura a pagar por la Mutual sobre las prestaciones autorizadas/facturadas.
- **No autorizado. No facturar:** se refiere de manera expresa a todas aquellas prestaciones no autorizadas por Auditoría Médica y, en consecuencia, no deberán ser facturadas en ningún caso por el prestador.
- **Pendiente de resolución:** en este caso se indicará al socio, mediante una nota al pie del expediente, cómo proceder a fin de obtener la resolución definitiva de Auditoría Médica. Este estado no habilita su facturación.

Implementación de Token

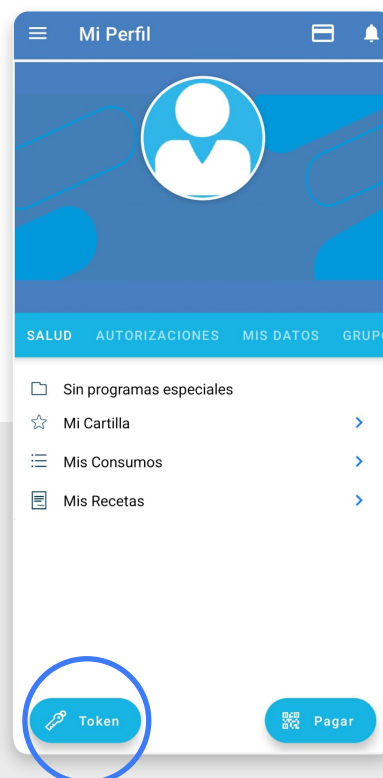
Septiembre 2025

Desde el 1 de junio de 2025, implementamos el uso del Token, una herramienta de seguridad digital que permite verificar de forma segura la identidad del socio al momento de la atención médica.

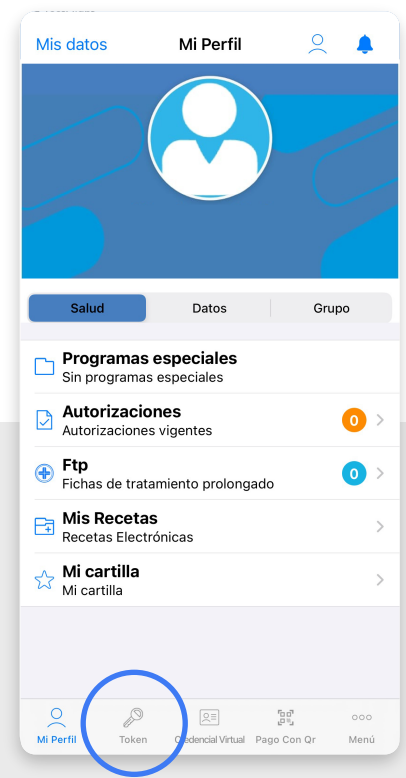
Esta herramienta consiste en una clave alfanumérica única que funciona como firma electrónica y se genera en el momento de la atención médica desde la App Jerárquicos Móvil, disponible para los socios de Jerárquicos Salud, tanto en iOS como en Android.

El Socio genera su token desde la App Jerárquicos Móvil, de la siguiente forma:

1 Ingresará desde el perfil y presionará el botón flotante del Token.

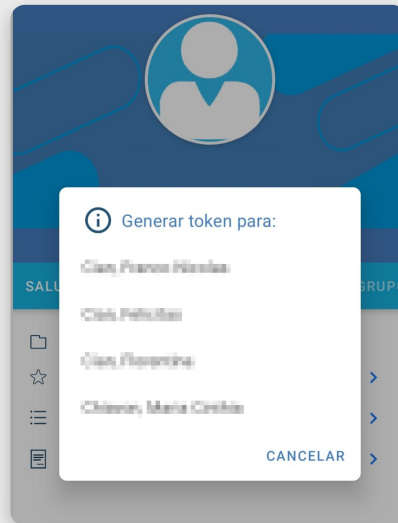


Android

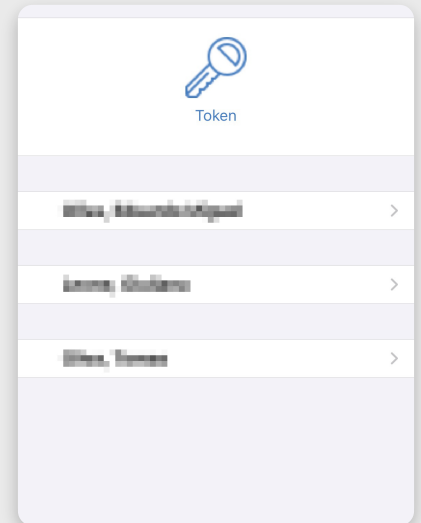


lphone

2 Seleccioná el integrante del grupo a quien se le generará el token (si el socio no tiene grupo familiar, este paso se omite).

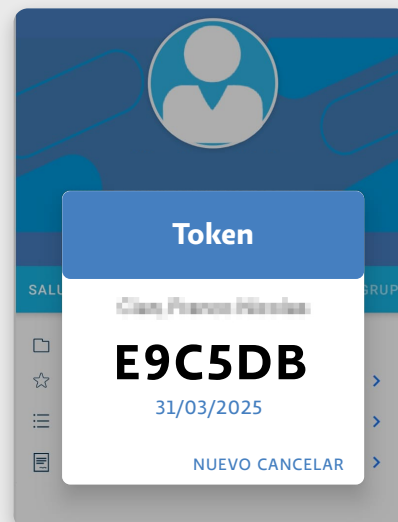


Android



Iphone

3 El Token generado, contiene la fecha y permite la posibilidad de generar otro, desde el mismo lugar.



Android



Iphone

() El Token es una clave alfanumérica, puede contener solo números, solo letras o una combinación de ambos.*

El prestador, tomará nota del token que observa en la pantalla y la registrará en la documentación respaldatoria que presente para facturación **por cada consulta, prescripción o sesión brindada**. Este registro reemplaza la firma del socio. Si bien el token sustituye la firma ológrafa de conformidad del socio, no reemplaza el número único de los expedientes de autorización en las prácticas que requieran validación por parte de nuestra Auditoria Médica. Esos casos deberán gestionarse como hasta el momento.

Consideraciones generales

- Cada token es personal e intransferible y se genera por el Socio desde la App Jerárquicos Móvil, seleccionando la opción “token”.
- Cada socio titular puede generar un token para sí mismo o para cualquiera de los integrantes de su grupo familiar.
- El token debe ser generado en la fecha en que se brinda la prestación y será de registro obligatorio en la planilla de Registro Manual de Consultas Médicas en el campo previsto para ello, en la ficha catastral (odontología) o en el dorso de las prescripciones médicas.
- Los miembros del grupo familiar mayores de 13 años pueden tener su propio usuario para acceso a la App Jerárquicos Móvil.

Periodo de transición

Inicialmente y para facilitar la adopción de esta nueva herramienta definimos un periodo de transición de 3 meses que comenzó a regir desde la fecha de entrada en vigencia del uso del Token. Actualmente, lo extendimos hasta el 31 de diciembre de 2025.

Durante este periodo y ante la imposibilidad de la generación del token, aceptaremos de manera excepcional la firma ológrafa del socio como constancia de la prestación brindada.

Transcurrido el periodo de transición, la omisión del token será motivo de débito.

El token será una confirmación de la identidad del socio al momento de su atención, por lo que de no corresponder el token registrado en la prestación con el token que se encuentra generado en nuestro sistema de gestión, se procederá también al débito.

¿En qué caso aplica el uso del token?

Se debe solicitar al Socio **la generación de un token por cada registro de consumo** que actualmente requiere firma ológrafa, como por ejemplo:

- Consultas médicas.
- Prestaciones de diagnóstico y tratamiento: se registrará un token por cada prescripción.
- Sesiones de cualquier tipo (rehabilitación médica, salud mental, otras). Deberá generarse un token por cada sesión en la que asista el Socio (no podrá tomar registro de token en un solo día de la totalidad de sesiones prescriptas).
- Odontología: se registra un solo Token por cada ficha catastral (ya sea que contenga una o varias prácticas).
- Prestaciones bioquímicas: se registrará un código token por cada prescripción.
- Internaciones: se registrará un token durante el periodo de internación del socio en la institución. Se aceptará excepcionalmente la firma del socio, cuando éste se encuentre imposibilitado de generar el token en el transcurso de la misma.

Quedan exceptuados del uso del token:

- La dispensa de medicamentos en farmacias.
- Las prestaciones de discapacidad inherentes al mecanismo de Integración.
- Plan PMO.

Planillas de Registro

Recuerden que en el sitio web de prestadores jerarquicos.com/prestadores podrán acceder a las planillas de registro de Consultas Médicas y de Prestaciones de Nutrición, o bien haciendo clic debajo:

[Consultas Médicas](#)

[Consultas de Nutrición](#)

ACERCA DE LA FACTURACIÓN

PRÁCTICAS QUE NO REQUIEREN PREVIA AUTORIZACIÓN

Requisitos para su facturación:

- Ficha catastral completa con clave token emitido en la fecha de prestación.

CAPÍTULO I – Consultas

01.01 Consulta de relevamiento bucal: comprende examen, diagnóstico y plan de tratamiento. Se considera como primera consulta y comprende la confección de historia clínica odontológica. (Cada 12 meses, cuando se trate del mismo profesional).

Tener en cuenta: Presentar odontograma completo como requisito excluyente.

01.02 Consulta no programada o de urgencia: Aplicada a toda consulta sin turno previo, destinada a resolver la demanda espontánea del socio. No constituye paso intermedio y/o final de tratamiento.

No podrá facturarse en caso de hemorragia, alveolitis, control de pacientes tratados quirúrgicamente, cuando la extracción haya sido realizada por el mismo profesional.

No deben facturarse, en el contexto de una urgencia, prácticas que no guarden relación directa con la resolución de la urgencia.

Una vez atendida la urgencia, el socio podrá acudir a su odontólogo para iniciar el tratamiento definitivo de la patología que lo afecta.

Se reconoce una cada tres meses. Para facturar deberá indicar el motivo que dio origen a dicha prestación, detallando pieza y/o sector tratado.

Tener en cuenta: No se abonarán consultas de urgencia por certificado bucodental.

CAPÍTULO II – Operatoria Dental

IMPORTANTE: Las prestaciones de este capítulo incluyen todos los materiales de restauración reconocidos científicamente, así como las técnicas, instrumentación y equipamiento que el profesional considere más adecuado para la reconstrucción de la pieza dentaria (por ejemplo: lámpara halógena, matrices preformadas, entre otros).

- 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 involucran las fosas y fisuras de la pieza dental (indicar caras tratadas). Cuando se obturan las distintas fosas de la cara oclusal, se la considerará una obturación simple.
- 02.02. Restauraciones compuestas de piezas dentarias:** 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 en forma conjunta o cuando dicha patología se presente el código 02.01.
- 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. Incluye 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. Para facturar 02.09., la lesión debe abarcar cinco (5) caras del diente claramente especificado en la ficha. También se puede abarcar cuatro (4) caras en dientes posteriores con Rx comprobatoria, la cual no está incluida en el valor del código. Por otro lado, también se puede abarcar cuatro (4) caras sin Rx comprobatoria en las piezas 11 al 13; 21 al 23; 31 al 33 y 41 al 43.

Tener en cuenta: Las obturaciones tendrán un tiempo de vigencia de 24 meses para la misma pieza dentaria, lapso en el cual no se abonará otra restauración realizada.

CAPÍTULO III – Endodoncia

Normas de aplicación:

- ▶ 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 de obturación radiopaco llegue hasta el límite cemento dentinario (a un milímetro, aproximadamente, del extremo anatómico del diente).
- ▶ Toda obturación del conducto radicular que sobrepase el límite cemento dentinario o llegue a ocupar la zona periapical a distancia del tratamiento efectuado (y sea un material no reabsorbible por los tejidos periapicales), se considerará contraindicada; quedando la Auditoría facultada a solicitar al prestador el fundamento de la misma para su reconocimiento.
- ▶ Contempla todas las técnicas, instrumentación, materiales y equipamiento que el profesional considere más conveniente.

IMPORTANTE – Retratamiento

El profesional deberá indicar el motivo que fundamenta dicha práctica, el cual será evaluado para definir su validez.

En caso de no presentar la justificación pertinente, se aplicará el débito correspondiente.

03.01. Tratamiento pulpar de (1) conducto.

03.02. Tratamiento pulpar de (2) conductos.

03.03. Tratamiento pulpar de (3) conductos.

03.04. Tratamiento pulpar de (4) conductos.

03.05. Tratamiento pulpar parcial: aplicable a piezas dentarias permanentes, que no comple-

taron su período eruptivo y por consiguiente su completo desarrollo apical, que, por algún motivo (caries, fracturas, etc.), se provoca una exposición pulpar vital que determina efectuar dicha práctica con el fin de permitir la maduración apical. Cuando se realice esta práctica no se reconocerá otro tratamiento de endodoncia y su correspondiente restauración coronaria hasta un año después de efectuada la misma, si es realizada por el mismo profesional. Para facturar dicho código, es requisito excluyente la demostración radiográfica de las piezas dentarias tratadas con ápices inmaduros, que no han completado su desarrollo. Caso contrario, se debitará.

03.06. Tratamiento momificante con formocresol: se refiere a tratamiento con formocresol solamente en dientes temporales, anteriores y posteriores, que no se encuentren en período de recambio. No se reconoce en dientes permanentes.

03.07. Protección 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 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.

Tener en cuenta: Al facturar una prestación incluida en el capítulo III, deberá enviar radiografías pre y post comprobatorias como requisito excluyente.

El valor de estas radiografías se encuentra incluido en el código de la prestación.

CAPÍTULO V – Odontología Preventiva

05.02. Consulta preventiva. Terapias fluoradas: incluye tartrectomía y cepillado mecánico, detección y control de la placa bacteriana, enseñanza de técnicas de higiene. Se cubrirá hasta los 12 años, cada 6 meses. Comprende la aplicación de flúor, tópico, barniz y colutorios

En pacientes que se encuentren dentro del programa “Materno Infantil – Madre” o programa de “Discapacidad”, se podrá facturar cada cuatro (4) meses (Sin límite de edad)

- 05.03. Inactivación de policaries:** se reconocerá hasta los 10 años de edad. Cuando los mismos presenten simultáneamente más de seis (6) caries activas en la boca, se permitirá por única vez como complemento de un tratamiento y deberá involucrar las mismas piezas que se marquen con caries activas en el odontograma.
- 05.04. Consulta preventiva. Detección, control de placa bacteriana y enseñanza de técnicas de higiene bucal:** comprende enseñanza de técnicas de cepillado, uso de elementos de higiene interdentarios, asesoramiento dietético y revelado de placa. Se reconocerá una vez cada doce (12) meses y hasta los 12 años de edad.
- 05.05. Sellantes de surcos, fosas y fisuras:** esta práctica se reconoce cada veinticuatro (24) meses, hasta los 15 años de edad, en piezas permanentes. Dentro del período de cobertura, el Profesional no podrá efectuar prestaciones del Capítulo II.

CAPÍTULO VII – Odontopediatría

- 07.01. Consultas de motivación:** se cubrirá hasta los 10 años de edad, cada 6 meses con un máximo de cuatro (4) códigos por el mismo profesional.
- 07.02. Consultas de motivación en pacientes mentalmente discapacitados:** se cubrirá sin límite de edad, cada 3 meses, con un máximo de ocho (8) códigos por el mismo profesional. El paciente deberá poseer Programa de Discapacidad vigente, como requisito excluyente para su facturación.
- 07.03. Corona metálica de acero y similares:** se cubrirá en piezas temporarias con tratamiento de formocresol o gran destrucción coronaria, cuando la pieza no se encuentre dentro del período de exfoliación, hasta los 15 años de edad. No se reconoce en piezas permanentes,

ni obturaciones debajo de las coronas.

07.04. Mantenedor de espacio removible: Por única vez, independientemente del número de dientes por reemplazar.

07.05. Mantenedor de espacio fijo: Se cubrirá por única vez por pieza dentaria y en pacientes de hasta 10 años inclusive. Incluye corona o banda y ansa de alambre de apoyo o tornillo de expansión.

CAPÍTULO VIII – Periodoncia

Norma de aplicación:

- ▶ Se reconoce a partir de los 12 años.

08.11. Consulta de estudio, diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento: Requiere de autorización previa, que deberá gestionarse 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.

08.12. Tratamiento de gingivitis (Por arcada): aplicable a todos los cuadros gingivales cualquiera sea su etiología. Comprende detartraje manual o mecánico, detección y control de placa bacteriana. Se reconocerá cada doce (12) meses y se considera un código 08.12 por arco dentario. A partir de los 12 años.

IMPORTANTE: De 1 a 5 piezas dentarias por arcada, deberá facturar el código 08.12.50 (50 %). Para su reconocimiento, deberá marcar en odontograma piezas presentes.

- 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.
- 08.14. Controles post tratamiento sin instrumentación:** comprenderá todas las acciones necesarias para conservar la salud periodontal en pacientes que hayan recibido este tratamiento. Se reconocerá cada 4 meses, a partir de los 12 años. Incluye al código 08.15.
- 08.15. Controles post tratamiento con instrumentación:** comprenderá todas las acciones necesarias para conservar la salud periodontal en pacientes que hayan recibido este tratamiento. Se reconocerá cada cuatro (4) meses, a partir de los 12 años de edad. Incluye al código 08.14.
- 08.16. Tratamiento de periodontitis leve o moderada:** bolsas de hasta 4mm (por elemento dentario). Incluye al 08.12 – 08.14 y 08.15. Se reconocerá cada veinticuatro (24) meses.
- 08.17. Tratamiento de periodontitis destructiva severa:** : bolsas de 5 mm o más (Por elemento dentario). Incluye al 08.12 – 08.14 y 08.15. Se reconocerá cada veinticuatro (24) meses.

IMPORTANTE (08.16/08.17):

Se podrán facturar en un mismo mes todas las piezas dentarias de un maxilar existente (superior o inferior), indicando un código por cada pieza.

CAPITULO IX – Radiología

Normas de aplicación:

- 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.
- 09.01.02. Rx media seriada de cinco (5) a siete (7) películas:** para su facturación, deberá indicar diagnóstico que da origen a dicha práctica. Se reconocerá cuando la integran de cinco (5) a siete (7) películas. Se reconocerá un código cada 12 meses.
- 09.01.03. Rx seriada de ocho (8) a catorce (14) películas:** para su facturación, deberá indicar diagnóstico que da origen a dicha práctica. Se reconocerá cuando la integren de 8 a 14 películas. Se reconocerá un código cada doce (12) meses
- 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. Se reconocerá un código cada doce (12) meses.
- 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. Se reconocerán dos (2) códigos cada doce (12) meses.
- 09.02.06. Rx oclusal:** para su facturación, deberá indicar diagnóstico que da origen a dicha práctica.

Tener en cuenta: Las radiografías deben presentarse en sobre identificado con nombre y apellido y N° de pieza dental, reuniendo todos los requisitos técnicos de una placa radiográfica. Caso contrario será pasible de débito. Ej.: Rx comprobatorias de Endodoncias, Periodoncia, Cirugía.

Las radiografías de diagnóstico podrán ser conservadas por el profesional. No así aquellas radiografías que sean comprobatorias de prácticas que así lo requieran, las cuales deberán estar disponibles para ser presentadas ante el área de Auditoría, en caso de ser solicitadas, dentro de un plazo no mayor a veinticuatro (24) meses.

CAPÍTULO X – Cirugía Bucal

Normas de aplicación:

- ▶ En el caso de que un mismo profesional facture una extracción dentaria dentro del período de cobertura de otro capítulo, se procederá al débito de la práctica facturada anteriormente.

10.01. Extracción dentaria simple: No requiere radiografía comprobatoria.

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 radiografías comprobatorias 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).

- 10.02. Plástica de común buco-sinusal con riesgo previo similar a extracción:** Como riesgo previsto simultáneo a la extracción. Requiere radiografía preoperatoria que justifique la realización de la práctica.
- 10.03. Biopsia por punción o aspiración:** facturar con historia clínica.
- 10.04. Alveolectomía estabilizadora (por 6 zonas):** Facturar con radiografías pre (Aplicable a sectores que, por realizar extracciones múltiples, se deba regularizar reborde alveolar para alojar prótesis).
- 10.05. Reimplante dentario inmediato al traumatismo e inmovilización:** Se reconocerá por única vez en la misma pieza, con radiografía post operatoria.
- 10.07. Biopsia por escisión:** Facturar con historia clínica e informe del estudio anatomopatológico.
- 10.08. Alargamiento quirúrgico de la corona clínica:** Aplicable a piezas dentarias que por motivos protésicos, sea necesario realizar gingivectomía y osteoplastia que sea visible en foto digital.
- 10.09. y 10.10. Extracción de dientes retenidos/germectomía:** Puede ser facturado ante 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 anomalía dentaria anormal que justifique una intervención mayor. Se detallan los casos en los que serán reconocidos dichos códigos: Piezas dentarias en posición horizontal, invertida y/o transversal. Se reconocerá con radiografía pre y post. La radiografía preoperatoria se encuentra incluida, la post operatoria, excluida.
- 10.11. Liberación de dientes retenidos:** adjuntar radiografía preoperatoria.
- 10.12. Apicectomía:** facturar con radiografía preoperatoria y post operatoria

- 10.13. Tratamiento de osteomielitis:** adjuntar radiografía preoperatoria.
- 10.14. Extracción de cuerpo extraño:** La práctica deberá ser facturada con radiografía preoperatoria. Se considera aplicable a la extracción de cualquier elemento ajeno a la biología ósea dentaria que se encuentre incluido dentro del tejido óseo maxilar, tales como placas, tornillos o implantes dentarios.
- 10.15. Alveolectomía correctiva por zona (6 zonas):** facturar con radiografía previa. Deberá indicar la circunstancia clínica que da origen a la prestación y zona intervenida.
- 10.16.01 Quistectomía o extirpación de tumores en tejidos duros (hasta 1 cm):** facturar con radiografía preoperatoria.
- 10.16.02 Quistectomía o extirpación de tumores en tejidos duros (hasta 3 cm):** facturar con radiografía preoperatoria.
- 10.16.03 Quistectomía o extirpación de tumores en tejidos duros (más de 3 cm):** facturar con radiografía preoperatoria.
- 10.17.01 Extirpación de tumores de tejidos blandos (hasta 1 cm):** facturar con informe de anatomía patológica.
- 10.17.02 Extirpación de tumores de tejidos blandos (hasta 3 cm):** facturar con informe de anatomía patológica.
- 10.17.03 Extirpación de tumores de tejidos blandos (más de 3 cm):** facturar con informe de anatomía patológica.
- 10.18. Extracción con Alveolectomía externa de pieza dental y restos radiculares complejos:** facturar con radiografía preoperatoria (incluida en el valor del código).

IMPORTANTE: sobre el presente capítulo, nuestra Auditoría solicitará la documentación que estime necesaria (ficha dental, historia clínica, radiografías, etc.) y que justifique la realización de cada práctica.

PRÁCTICAS QUE REQUIEREN PREVIA AUTORIZACIÓN

Normas de aplicación.

- ▶ Para facturar el expediente de autorización de prestaciones odontológicas (Ambulatorio) deberá completarse con los siguientes datos:
 - Datos del Profesional o Establecimiento.
 - Firma y Sello del Profesional.
 - N° Token obligatorio de la fecha de prestación/finalización del tratamiento, según se indique en cada caso.
 - Fecha de prestación.

Prótesis odontológicas

IMPORTANTE: Para solicitar autorización de un código del capítulo 04 es requisito excluyente presentar la radiografía preoperatoria.

Normas de aplicación.

- ▶ En todos los casos, se reconocerán fuera del período de cobertura de otros capítulos, según consideración de auditoría:
- ▶ Será requisito excluyente no presentar patología bucal preexistente (boca en perfecto estado de salud). Se reconocerán 4 códigos de prótesis por afiliado por mes, pudiendo combinarse con otros capítulos.
- ▶ Expediente de prestación odontológica ambulatoria: tendrá una validez de 3 (tres) meses co-

rridos a partir de la fecha de resolución de este. Finalizado dicho período, el prestador no podrá facturar el expediente. En ese caso el socio deberá solicitar una nueva autorización.

- ▶ Los códigos 04.01., excepto 04.01.11 y 04.01.12, se reconocerán con radiografías Pre y Post operatoria como requisito excluyente para su facturación. El valor de estas radiografías se encuentra incluido en el código de la prestación

04.01.02 Incrustaciones. Cavidad compuesta y compleja: Se aceptará en lesiones que abarquen tres o más paredes, que no permitan la colocación de matriz para reconstrucción plástica directa y/o en reconstrucciones post endodónticas. Incluye retención intraradicular, no debiendo facturarse como perno. Con radiografías Pre y Post como requisito excluyente para su facturación. Deberá marcar en odontograma caras que abarca la lesión. No se reconocerán como incrustaciones los apoyos oclusales en la realización de pódicos, a extensión o bandera.

04.01.08 Perno muñón simple o compuesto: Se reconocerá un perno por pieza dentaria, metálico, plástico o fibra de vidrio, independientemente del número de anclajes intraradicales. Es requisito excluyente presentar tallado de porción coronaria (muñón) con todas las indicaciones que se tienen en cuenta para alojar una corona protésica. La falta de dicho requisito será pasible de débito. Para su facturación deberá presentar radiografías Pre y Post.

04.01.13 Corona Cerámica: Contempla todos los materiales.

04.01.16 Re - cementado: se reconoce una vez cumplidos 18 meses desde la colocación de la corona. Y, sobre una misma pieza, 18 meses posteriores para una nueva autorización. Se debe presentar radiografía o imagen fotográfica previa al procedimiento. Los plazos establecidos son independientes del prestador que lo realiza

(*) Planes superadores: línea de planes PMI 2000, PMI 3000, JS IMPULSA Y JS ELITE

04.02.07 Prótesis parcial de acrílico (Provisoria): se reconoce una cada 18 meses prestacionales, por cada maxilar (de premolar a premolar) aplicable a tratamientos con implantes. No aplicable a tratamientos de prótesis removibles definitivas. Se reconocerá para planes superadores (*)

04.04.10 Rebasado de prótesis: se reconocerá una vez cada 12 meses, a partir de la fecha de instalación de la prótesis. El código de compostura será indispensable aclarar el tipo y sector de la reparación, de lo contrario se debitará la práctica.

04.04.12 Placa de relajación: la misma debe ser confeccionada en acrílico termocurado (no vacupress). Se reconocerá a partir de los 17 años cumplidos.

En caso de solicitarse periódicamente, previa evaluación por parte de nuestra auditoría se reconocerá cada 18 meses, según la justificación presentada.

Esta placa no es utilizable como contención de Ortodoncia.

En caso de haber realizado tratamiento de ortodoncia, deberá haber transcurrido más de 12 meses desde último control.

Para facturar deberá presentar fotografía del producto entregado.

Implantes

Normas de aplicación:

- ▶ Codificación: OD-4701
- ▶ Cobertura solo por reintegro para línea de planes superadores (*). Se abonará por única vez en la posición solicitada y hasta 3 (tres) por año calendario.
- ▶ El tratamiento protésico se debe solicitar una vez transcurridos los 3 meses desde la colocación de implante.

Ortodoncia/ortopedia/corrección de mal posiciones dentarias

Normas de aplicación:

- ▶ Indicados para: Maloclusión dentoalveolares, hábito/ mordida cruzada uni o bilateral.
- ▶ La validez del expediente de autorización para el inicio del tratamiento es de 30 días desde la fecha de resolución.

06.01.00 Consulta Ortodoncia/Ortopedia (No requiere previa autorización)

Para su facturación deberá enviar ficha catastral completa e informe morfo-funcional del socio/paciente con descripción del tratamiento. Se reconocerá un código por tratamiento

06.02.00 Ortopedia / Ortodoncia interceptiva

Para solicitar autorización, el socio debe presentar: Informe de tratamiento, ficha odontológica completa con diagnóstico morfofuncional, aparatología y técnica a utilizar, estudios cefalométricos. Además, radiografía panorámica e imágenes o fotos del paciente o de modelos articulados.

Se reconocerá por única vez.

Tener en cuenta: El tratamiento autorizado incluye contención.

Requisitos para su facturación:

- ▶ Ficha odontológica completa.
- ▶ Expediente autorizado, completo con N° Token (obligatorio) y fecha de inicio del tratamiento.

06.02.01 Control Ortopedia (Cinco controles)

Debe facturar el primer control a los 4 meses del inicio del tratamiento. Los cuatro controles restantes, para finalizar el mismo, deberán ser facturados con un intervalo de 3 meses entre sí. En caso de no respetarse los plazos establecidos para la presentación, se aplicarán los débitos por diferencias de valores, considerando los aranceles vigentes al momento que correspondía facturar el control.

Para su facturación deberá enviar ficha catastral, identificando número de expediente del tratamiento autorizado (será pasible de débito la omisión de este dato) y documento: "Conformidad de tratamiento" completo (Tercer y quinto control), el cual es enviado al socio junto con la resolución del expediente. En todos los documentos presentados deberá completar N.º del token del socio.

IMPORTANTE: al facturar el tercer y quinto control de ortopedia deberá adjuntar el documento “Conformidad de tratamiento” completo, el cual es enviado al socio junto con la resolución del expediente.

[Ver documento: Conformidad de tratamiento](#)

Tener en cuenta: se considerará abandono de tratamiento cuando se facture un control transcurrido más de 6 meses desde el último pago registrado.

En los casos en que la presentación de la facturación se realice fuera de los plazos establecidos, deberá adjuntarse una nota explicativa que justifique el motivo del incumplimiento, junto con la conformidad firmada por el paciente.

06.03.00 Ortodoncia correctiva.

Se reconoce según plan de salud, sujeto a auditoría previa.

IMPORTANTE: en pacientes que hayan recibido tratamiento de corrección de malposiciones, solo se autorizará previa evaluación de auditoría médica, siendo pasible de débito el tratamiento anterior.

Requisitos para su facturación:

- ▶ Ficha odontológica completa.
- ▶ Expediente autorizado. Completo con N° Token (obligatorio) y fecha de inicio del tratamiento.

Tener en cuenta: El tratamiento autorizado incluye contención.

06.03.01 Control Ortodoncia (Cinco controles)

Debe facturar el primer control a los 4 meses del inicio del tratamiento, los cuatro restantes, para finalizar el mismo deberán ser facturados con un intervalo de 3 meses entre sí. En caso de no respetarse los plazos establecidos para la presentación, se aplicarán los débitos por diferencias de valores, considerando los aranceles vigentes al momento que correspondía facturar el control.

Para su facturación deberá enviar ficha catastral, identificando número de expediente del tratamiento autorizado (será pasible de débito la omisión de este dato) y documento: "Conformidad de tratamiento" completo (Tercer y quinto control), el cual es enviado al socio junto con la resolución del expediente. En todos los documentos presentados deberá completar N.º del token del socio.

IMPORTANTE: Al facturar el tercer y quinto control de ortodoncia, deberá adjuntar el documento "Conformidad de tratamiento" completo, como requisito excluyente para su facturación, el cual es enviado al socio junto con la resolución del expediente.

[Ver documento: Conformidad de tratamiento](#)

Se considerará abandono de tratamiento cuando se facture un control transcurrido más de 6 meses desde el último pago registrado.

En los casos en que la presentación de la facturación se realice fuera de los plazos establecidos, deberá adjuntarse una nota explicativa que justifique el motivo del incumplimiento, junto con la conformidad firmada por el paciente.

06.04.00 Corrección de malposiciones simples con espacio

Esta práctica será reconocida por única vez, en piezas permanentes. No se reconocerá en socios que hayan recibido tratamiento de ortodoncia fija.

De haber realizado tratamiento de Corrección de malposiciones (06.04.00), no se reconocerá luego tratamiento de Ortodoncia (06.03.00)

Para solicitar autorización, el socio debe presentar: Informe de tratamiento, ficha odontológica completa con diagnóstico morfofuncional, aparatología y técnica a utilizar, estudios cefalométricos. Además, Rx panorámica e imágenes o fotos del paciente o de modelos articulados

Requisitos para su facturación:

- ▶ Ficha odontológica completa.
- ▶ Expediente autorizado completo, con N.º Token (obligatorio) y fecha del tratamiento.

Tener en cuenta: El tratamiento autorizado incluye contención.

QUEDA A CARGO DEL AFILIADO

- ▶ Pérdida de aparatología instalada, reposición o rotura por uso indebido de la misma.
- ▶ Brackets estéticos.
- ▶ Compostura de aparatología.

Estudios tomográficos y otros

Normas de aplicación:

- ▶ El expediente de autorización para estas prestaciones tiene validez de 30 días a partir de la fecha de resolución.

009.03.01 Tomografía 3D BI-MAXILAR

009.03.02 Tomografía monomaxilar – Sistema cone beam

009.03.03 Tomografía regional (1 a 3 Piezas) Una zona

009.03.04 Tomografía de ATM por lado (A boca abierta / boca cerrada)

009.03.05 Tomografía – Una sola toma – ATM

099.00.14 Estudio cefalométrico

Requisitos para su facturación:

- ▶ Prescripción médica original y/o ficha catastral completa.
- ▶ Expediente autorizado completo con N.º de token y fecha de realización.
- ▶ Informe.

Cirugía bucal y maxilofacial

Norma de aplicación:

- ▶ Para facturar, deberá presentar: pedido médico original, protocolo quirúrgico, autorización de Mutual Jerárquicos Salud con los datos completos y Rx comprobatorias (pre y post), si aplica.
- ▶ Con relación a las intervenciones quirúrgicas, no se establece un límite en la cantidad de códigos a incluir por presentación, permitiéndose la facturación de la totalidad de las prestaciones efectuadas durante el acto quirúrgico en una única presentación.

10.35. Injertos óseos en maxilares (incluye toma de injertos): se deberá facturar con Rx post operatoria y sticker.

Cirugías ortognáticas

Normas de aplicación:

- ▶ **Cirugía Ortognática Maxilar + Mentoplastia:** se deben facturar honorarios por O10.45 al 100% y por O10.44 al 50%.

Tener en cuenta: En el caso de cirugía de un solo maxilar, se reconocerá un código 10.45, sin importar cuál sea el número de fracturas (corrección quirúrgica de deformidades dentofaciales, prognatismo, hipoplasias maxilar superior, laterognatismo).

Cirugía Ortognática Bimaxilar: se deben facturar honorarios por el primer O10.45 al 100% y por el restante al 50%.

Cirugía Ortognática Bimaxilar + Mentoplastía: se deben facturar honorarios por el primer O10.45 al 100% y por el restante al 50% + el O10.44 al 50%.

Cuando el plan terapéutico derivado de una cirugía ortognática requiera tratamiento de ortodoncia, se reconocerá una única ortodoncia dentro del alcance de cobertura del Plan de Salud del socio.

Requisitos para su facturación

- ▶ Pedido médico original.
- ▶ Protocolo quirúrgico.
- ▶ Autorización de Mutual Jerárquicos Salud con los datos completos y N° de token de la fecha de prestación.
- ▶ Rx comprobatorias (pre y post).

JERÁRQUICOS SALUD

Av. Facundo Zuviría 4584
Línea directa prestadores: 0800 888 5040
prestadores@jerarquicos.com
www.jerarquicos.com/Prestadores