

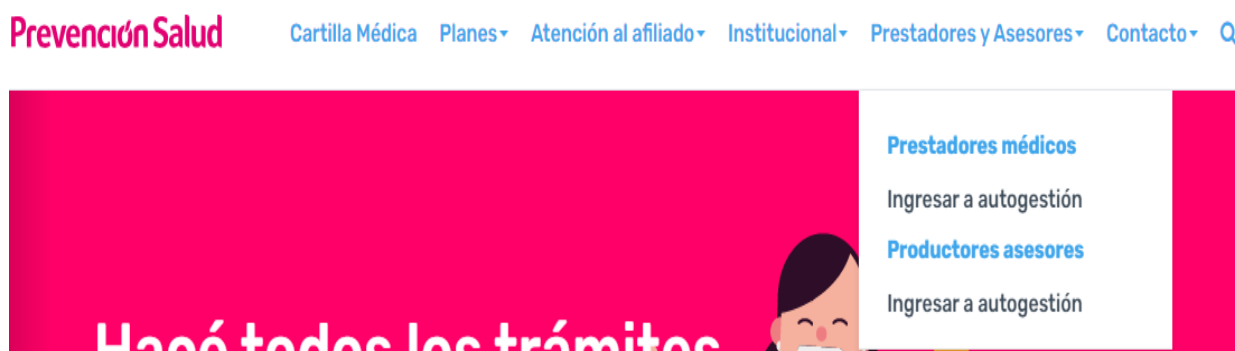
## PREVENCIÓN SALUD

### Contacto

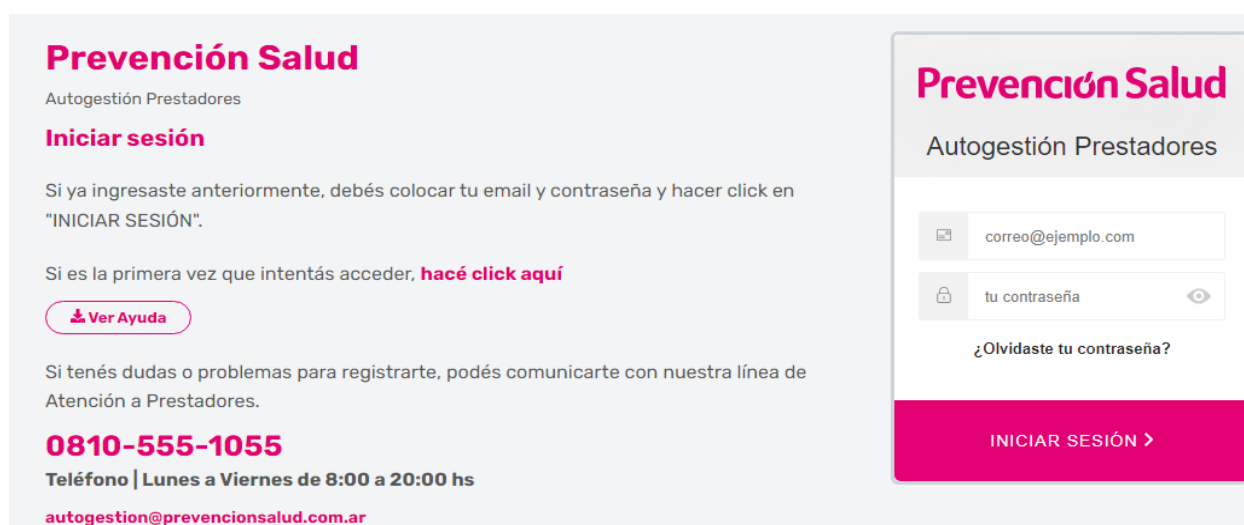
- Atención a Prestadores: 0810-555-1055 [prestadores@prevencionsalud.com.ar](mailto:prestadores@prevencionsalud.com.ar)
- Línea Directa: 03493 – 428700 - Fax (24hs): 0800-444-8500
- Emergencias y Urgencias 24hs: 0800-444-0000
- Autorizaciones: [autorizaciones@prevencionsalud.com.ar](mailto:autorizaciones@prevencionsalud.com.ar)

### Validación

1. Ingresar a [www.prevencionsalud.com.ar](http://www.prevencionsalud.com.ar) – Sección **PRESTADORES Y ASESORES**.



2. Dentro del menú desplegable, ingresar a la sección **PRESTADORES MÉDICOS** > Ingreso a **Autogestión**.
3. Ingreso a la sección **AUTOGESTIÓN DE PRESTADORES**.



4. Sección **"AUTOGESTIÓN DE PRESTADORES"**: Ingresar con los siguientes datos:

# Prevención Salud

## Autogestión Prestadores



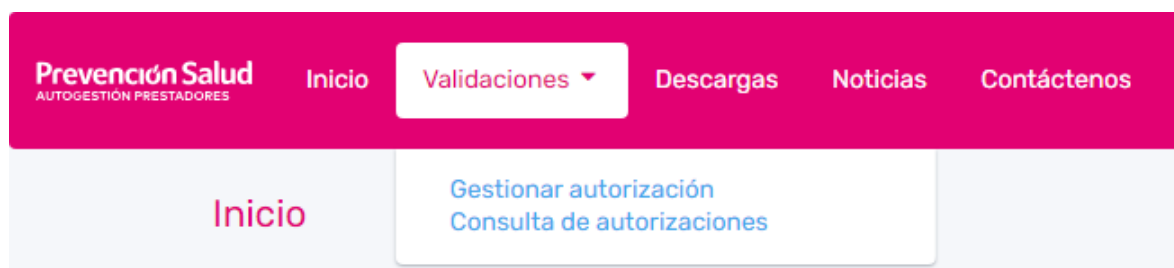
fedodonto@odontorionegro.com.ar



Federacion2023

¿Olvidaste tu contraseña?

5. Dentro del sitio, ingresar a **VALIDACIONES** > **Gestionar Autorización**



6. En esta sección, podrá realizar la búsqueda del afiliado **por medio de credencial o DNI** y poder verificar si está autorizado para realizar la prestación.

### Validaciones: Gestionar autorización

#### Profesional Efector

Ingresá Matrícula o Apellido y Nombre del profesional

No encuentro al Profesional >

#### Búsqueda de Afiliado

Búsqueda por

- Credencial
- Documento
- Credencial**
- Nro. Autorización

### **Normas Generales (Para el profesional)**

1. Las facturas deberán estar acompañadas con la documentación requerida por Prevención Salud
2. Para facturar las prácticas realizadas, se debe adjuntar el odontograma debidamente completado y su documentación respaldatorias (modelos, Rx. respaldatorias, etc.).
3. Auditoría de facturación adopta para el control de prestaciones las Normas Operativas de Odontología.
4. Teniendo en cuenta que la Historia Clínica (odontograma) es lo que refleja fehacientemente lo realizado, lo facturado deberá constar expresamente en la misma.
5. Toda prestación no justificada, al momento de su facturación, será objetada.
6. Lo corregido y no salvado en forma personal y directa por quien lo hubiera hecho será motivo de débito.
7. Las prestaciones realizadas deben estar fechadas y con firma de conformidad del afiliado por cada una.
8. La facturación de estudios diagnósticos y/o prácticas especializadas deberán estar acompañadas con los informes correspondientes.
9. Se reconocerán aquellas prestaciones que Prevención Salud haya pactado y contratado de acuerdo a los diferentes Planes de Salud.
10. No perforar ni obstruir la lectura de los códigos de barra y los datos de los afiliados en las órdenes, cupones y/o formularios.

|                                                        |
|--------------------------------------------------------|
| <b><i>Normas Específicas (Para el profesional)</i></b> |
|--------------------------------------------------------|

1. Los Cupones de Atención y prácticas deben ser debidamente codificados y conformados (sello y firma del profesional, orden de trabajo si corresponde, firma y número de documento del afiliado, fecha de prestación y diagnóstico presuntivo legible).
2. La fecha de realización de la prestación si se encuentra corregida, deberá estar salvada con la firma y sello del profesional actuante.
3. Toda práctica que requiera de autorización previa, deberá contar con la misma.
4. Toda prestación presentada fuera de término (**60 días** de realizada la misma) será motivo de **débito**.

La historia clínica (odontograma) deberá ser presentada y cumplimentada en forma completa.

**Se sugiere la utilización del validador de PREVENCIÓN SALUD con el fin de evitar débitos por bajar o mora de afiliados.**

## PREVENCIÓN SALUD

### NORMAS OPERATIVAS DE ODONTOLOGÍA

#### Odontología – Límite de Prestaciones

| PLAN                             | TOPE MENSUAL          |
|----------------------------------|-----------------------|
| A5 / A6                          | 4 Prácticas Mensuales |
| A2 / A2 CP / A3 / A4 / A4 CP     | 3 Prácticas Mensuales |
| A1 / A1 CP / A / ACC / On Demand | 2 Prácticas Mensuales |

- **Cód. 0101 y Rx. obligatorias** (por ejemplo, de conductos o de cirugías) **NO cuentan** para el tope mensual.
- **Planes C.P:** El **copago** se abona al prestador, y lo factura Prevención Salud al afiliado de acuerdo al consumo.
- **Planes Básico y On Demand\*:** únicos con **copago al prestador**.
- **Plan Básico:** con autorización de Prevención Salud.
- **Plan On Demand\*:** Se sugiere utilizar el validador para corroborar el monto de **copago**.

#### Copagos Planes ON DEMAND y Básico

| Copago                  | ON DEMAND | BÁSICO  |
|-------------------------|-----------|---------|
| Consultas Odontológicas | \$7.796   | \$3.192 |
| Prácticas Odontológicas | \$18.711  | \$5.577 |

#### ➤ CAPÍTULO I – CONSULTAS

##### 01.01. EXAMEN, DIAGNOSTICO, FICHADO Y PLAN DE TRATAMIENTO:

Para su reconocimiento se deberá confeccionar un odontograma completo que refleje el estado bucal, datos requeridos en historia clínica del paciente.

**Se reconocerá cada 12 meses cuando se trate del mismo profesional.**

No deberá ser facturado por especialistas que efectúen una determinada práctica derivada de otro profesional, sólo en caso de que *no sea posible realizarla*.

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.

##### 01.04. CONSULTA DE URGENCIA.

Se considerará consulta de urgencia o estomatológica a toda prestación odontológica que no constituya paso intermedio y/o final de tratamiento.

No será necesario realizar odontograma y **se deberá indicar en todos los casos el motivo que dio origen a la consulta**, por ejemplo, estomatitis, pericoronaritis, cementado de coronas y puentes, punción y drenaje de abscesos, hemorragias y alveolitis realizadas por otro profesional.

El código 01.04 podrá ser facturado cada 4 (cuatro) meses si fuera necesario y como única prestación.

## ➤ CAPITULO II – OPERATORIA DENTAL

### NORMAS GENERALES:

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.

Se podrá facturar un **(1) código de operatoria por pieza dentaria**, en caso de requerir una segunda restauración será con autorización previa respaldatorias.

Al momento de facturar **debe nombrar la/s cara/s dentaria/s restauradas**.

#### **02.01. RESTAURACION 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 obtusión simple.

#### **02.02. RESTAURACION COMPUESTA- COMPLEJA DE PIEZA DENTARIA**

Comprenderá todos los tratamientos de los tejidos duros del diente provocados por la caries dental que **abarque más de una cara dentaria**, independientemente de la continuidad o no de caras a restaurar.

## ➤ CAPITULO III – ENDODONCIA

### NORMAS GENERALES:

Se facturará como **única práctica de este capítulo en el mes: 03.01 – 03.02** pudiendo acompañarse de códigos de otros capítulos.

**El arancel incluye hasta 2 Rx., pre y/o conductometría y post endodoncia.** A efectos de reconocer todo tratamiento de endodoncia, deberá visualizarse en la Rx post operatoria la correcta preparación del o los conductos radiculares y que el material de obturación radiopaco llegue hasta el límite cemento dentinario (a 1 mm aprox. del extremo anatómico del diente).

En caso de no cumplirse esta norma la auditoría podrá solicitarle al prestador los elementos de juicio que justifiquen el no cumplimiento de la misma y al sólo efecto de su reconocimiento. 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 considera contraindicada, quedando la auditoría facultada a solicitar al prestador el fundamento de la misma para su reconocimiento. En caso de re obturación 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.

**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.

#### **03.01. TRATAMIENTO ENDODONTICO EN UNIRRADICULARES (INCLUYE RX PRE Y POS)**

#### **03.02. TRATAMIENTO ENDODÓNTICO EN BIRRADICULARES (INCLUYE RX PRE Y POS)**

#### **03.03 TRATAMIENTO ENDODÓNTICO EN 3 Ó MÁS CONDUCTOS (INCLUYE RX PRE Y POS)**

### 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.

## ➤ CAPITULO IV – PRÓTESIS – REQUIERE AUTORIZACION PREVIA

**NORMAS GENERALES:** El pedido de autorización se deberá confeccionar en un recetario con membrete del profesional con firma, sello y fecha. En el mismo deberán constar:

- I. Datos del afiliado: nombre y apellido, edad, n° de afiliado, plan.
- II. Detalle de códigos de prótesis solicitados

**El estado de salud bucal del paciente deberá ser aceptable**, no presentando caries ni focos infecciosos. **Se reconocerá en piezas permanentes.** En caso de estar en período de vigencia de otros capítulos será evaluado por Auditoría para su autorización.

Se emiten autorizaciones solo para códigos del Capítulo 04 del Nomenclador Odontológico.

### **CUADRO DE COBERTURA DE PRÓTESIS ODONTOLÓGICA: 4 códigos anuales.**

| PRÓTESIS (con autorización previa) |                         |                                  |           |            |
|------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|-----------|------------|
| Prevención Salud                   | Cobertura de Prevención | Abona el afiliado al profesional | Carencias | Tope Anual |
| PLÁN BASICO                        | SIN COBERTURA           |                                  |           |            |
| ACC                                |                         |                                  |           |            |
| A1                                 |                         |                                  |           |            |
| A2                                 | 25%                     | 75%                              | 12 meses  | 4          |
| A3                                 | 50%                     | 50%                              | 12 meses  |            |
| A4                                 | 75%                     | 25%                              | 6 meses   |            |
| A5                                 | 100%                    | 0%                               | 6 meses   |            |
| A6                                 | 100%                    | 0%                               | 6 meses   |            |

**Prótesis fija: 7 años**

**Prótesis parcial removable: 5 años**

**Prótesis completa: 5 años**

**Varios: 2 años** - Para **rebasado de prótesis (040410)** se podrá facturar **1 código** 6 meses después de instalada la prótesis y luego cada 2 años.

## SUB CAP.: PRÓTESIS FIJA:

**04.01. PROTESIS FIJA.** Se autorizará con Rx pre operatoria y se deberá enviar Rx post operatoria junto con la facturación.

**04.01.01. INCRUSTACIONES CAVIDAD SIMPLE.** Sólo se reconocerán incrustaciones metálicas. Deberá tener una correcta adaptación marginal.

**04.01.02. INCRUSTACIONES CAVIDAD COMPUESTA O COMPLEJA.** Ídem norma de código 04.01.01. Deberá aclarar las caras a reponer de la pieza dentaria.

**04.01.03. CORONA FORJADA.** No se aceptará provisorio en este tipo de coronas.

**04.01.04. CORONA COLADA**

**04.01.05. CORONA COLADA CON FRENTE ESTETICO**

**04.01.06. CORONA ESPIGA**

**04.01.07. CORONA COLADA REVESTIDA DE ACRILICO**

**04.01.08. PERNO MUÑON SIMPLE.** Solo se reconocerán pernos colados que ocupen los dos tercios del largo de la raíz. Para su autorización deberá observarse el correcto tratamiento endodóntico.

**04.01.09. PERNO MUÑON SECCIONADO.** Ídem norma código 04.01.08.

**04.01.10. TRAMO DE PUENTE COLADO.** Los tramos de puente no podrán reemplazar más de 2 piezas faltantes. En casos especiales donde deban reponerse más de 2 piezas dentarias ausentes se contemplará la posibilidad de su autorización, siempre que dicha práctica esté indicada y justificada clínica y radiográficamente. Se podrán solicitar modelos de estudio. Los puentes a extensión ("en bandera") sólo serán aceptados si estuvieran clínicamente justificados. Incluye pieza metálica y acrílica.

**04.01.11. CORONA DE ACRILICO.** Sólo con Rx pre operatoria.

**04.01.12. CORONA PROVISORIA DE ACRILICO.** Por unidad.

**04.01.13. CORONA DE PORCELANA SOBRE METAL.**

**04.01.14. TRAMO DE PUENTE DE PORCELANA SOBRE METAL.**

---

#### **SUB CAP.: PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE**

**04.02. PROTESIS REMOVIBLE.** En el pedido de autorización deberá detallar las piezas dentarias a reemplazar.

**04.02.01. PROTESIS PARCIAL DE ACRILICO HASTA CUATRO DIENTES.**

**04.02.02. PROTESIS PARCIAL DE ACRILICO DE CINCO O MAS DIENTES.**

**04.02.03. PRÓTESIS PARCIAL DE CROMO COBALTO HASTA CUATRO DIENTES.**

**04.02.04. PROTESIS PARCIAL DE CROMO COBALTO DE 5 O MAS DIENTES.**

---

#### **SUB CAP.: PRÓTESIS COMPLETA**

**04.03. PROTESIS COMPLETA.** Incluirá las consultas posteriores a su instalación para efectuar los retoques necesarios.

**04.03.01. PROTESIS COMPLETA SUPERIOR.**

**04.03.02. PROTESIS COMPLETA INFERIOR.**

---

#### **SUB CAP.: VARIOS**

**04.04. VARIOS.** Para los códigos de compostura será necesario aclarar el tipo y sector de la reparación.

**04.04.01. COMPOSTURA SIMPLE.**

**04.04.02. COMPOSTURA CON AGREGADO DE 1 DIENTE.**

**04.04.03. COMPOSTURA CON AGREGADO DE 1 RETENEDOR.**

**04.04.04. COMPOSTURA CON AGREGADO DE 1 DIENTE Y 1 RETENEDOR.**

**04.04.05. DIENTES SUBSIGUIENTES: CADA UNO.**

**04.04.06. RETENEDOR SUBSIGUIENTE: CADA UNO.**

**04.04.07. SOLDADO DE RETENCION EN APARATO DE CROMO COBALTO CON AGREGADO.**

**04.04.08. SOLDADURA DE RETENEDOR SUBSIGUIENTE.**

**04.04.09. CARILLA DE ACRILICO.**

**04.04.10. REBASADO DE PROTESIS.**

**04.04.11. CUBETA INDIVIDUAL.**

**04.04.12. LEVANTE DE ART. EN ACR. TRASLUCIDO Y RETENEDORES FORJ. EN ACERO.**

Incluirá cubeta individual y controles posteriores. Se reconocerá 1 código por período de 24 meses. Para su reconocimiento se deberá enviar historia clínica y modelos que justifiquen su realización.

**04.04.13. PLACAS OCLUSALES (TEMPORARIAS) DE ACRILICO REMOVIBLES (PLACAS DE MIORELAJACION).**

Para su autorización se deberá presentar pedido del profesional junto con historia clínica que indique su necesidad. Incluye cubeta individual y controles posteriores. Se reconocerá 1 código por período de 24 meses.

---

➤ **CAPITULO V – ODONTOLOGIA PREVENTIVA**

**05.01. TARTRECTOMIA Y CEPILLADO MECANICO (AMBAS ARCADAS).**

Se reconocerá por **período de 12 meses** y en ese lapso no se reconocerá el código 08.12.

**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.

**05.03. INACTIVACION 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.

**05.04. CONSULTA PREVENTIVA. DETECCIÓN, CONTROL DE PLACA BACTERIANA Y ENSEÑANZA DE TECNICAS DE HIGIENE BUCAL.**

Se reconocerá **una vez cada 12 meses** y hasta los **13 años** (inclusive).

**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.



#### **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.

### **➤ CAPITULO VII – ODONTOPEDIATRIA**

#### **07.01. CONSULTAS DE MOTIVACION.**

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. Incluye el código **01.01**.

#### **07.04. TRATAMIENTO DE DIENTES TEMPORARIOS CON FORMOCRESOL. (hasta 2 Rx. aparte)**

Se reconocerá con **Rx pre y post operatoria (incluidas)** cuando el diente tratado no se encuentre en periodo de exfoliación normal.

#### **07.07. PROTECCIÓN PULPAR DIRECTA.**

Se solicitará Rx pre y/o post operatoria para su reconocimiento.

---

### **➤ CAPITULO VIII – PERIODONCIA**

#### **08.11. CONSULTA PERIODONTAL, DIAGNOSTICO, PRONOSTICO.**

Se reconocerá **1 (una) vez cada 12 (doce) 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.**

#### **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 (doce) meses. Incluirá al 08.13. Se deberá siempre aclarar la arcada que se factura.**

También podrá facturarse tratamiento de Gingivitis en una arcada y tratamiento periodontal en la otra.

#### **08.13. ENSEÑANZA DE TÉCNICAS DE HIGIENE Y DETECCIÓN DE PLACA BACTERIANA.**

Comprenderá enseñanza de técnica de cepillado, uso de elementos de higiene interdentarios, asesoramiento dietético y revelado de placa. **Se reconocerá cada 24 (veinticuatro) meses** y en pacientes **mayores de 13 años**.

#### **08.16. RASPAJE Y CURETAJE POR ELEMENTO. (HASTA 1 RX. CADA 3 PIEZAS APARTE)**

Con presentación del **código 08.11**. Incluirá al **código 08.12**. Se reconocerá **cada 12 (doce) meses**. Se podrán facturar **hasta 8 elementos por mes por paciente como única prestación para ese mes**.

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.**

#### **08.17. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR ELEMENTO (HASTA 1 RX. CADA 3 PIEZAS APARTE:**

Con presentación del **código 08.11**. Incluirá al **código 08.12**.

**Se reconocerá cada 24 (veinticuatro) meses**. Se podrán facturar hasta 8 elementos por mes por paciente como única prestación para ese mes.

En el caso que corresponda, la consulta periodontal se facturará con el código **08.11**, y se aceptará la combinación de códigos **08.16** y **08.17** cuando no supere los 8 códigos entre ambos, 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.**

## ➤ **CAPITULO IX – RADIOLOGÍA**

**NORMAS GENERALES:** Toda **radiografía** para su reconocimiento deberá ser enviada sin la cubierta plástica, en el sobre correspondiente de papel y con los siguientes datos: **nombre del paciente, n° de afiliado y plan, firma y sello del profesional, diagnóstico y deberá aclararse si es demostrativa de alguna práctica a facturar.** La correcta presentación estará dada además por la angulación, definición, centrado, revelado y fijado objeto de fácil interpretación. **Cuando la Rx es requisito y/o demostrativa de práctica no se contará en el total de prestaciones mensuales.**

### **09.01.01. RADIOGRAFIA PERIAPICAL, TECNICA DE CONO CORTO O LARGO. BITE WING.**

Se admitirá como **máximo cuatro (4) veces** la suma.

### **09.01.02. RADIOGRAFIA MEDIA SERIADA DE 5 A 7 PELICULAS.**

Se reconocerá cuando la integren **siete (7) películas** debidamente presentadas.

### **09.01.03. RADIOGRAFIA SERIADA AMBOS MAXILARES DE 8 A 14 PELICULAS.**

Se reconocerá cuando la integren catorce películas debidamente presentadas.

### **09.02.04. PANTOMOGRAFIA O RADIOGRAFIA PANORÁMICA.**

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

### **09.02.05. TELERADIOGRAFÍA CEFALOMÉTRICA.**

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

## ➤ **CAPITULO X – CIRUGÍA BUCAL**

**NORMAS GENERALES:** Para los **códigos que requieran Rx pre y/o post operatorias**, las mismas podrán facturarse aparte. Para el reconocimiento de las prácticas contempladas en el presente capítulo, la Auditoría podrá solicitar la documentación que estime necesaria y/o que justifique la realización de la práctica. La falta de presentación de la documentación solicitada por la Auditoría, faculta a la misma a no reconocer la práctica efectuada. En extracciones dentarias propiamente dichas, las mismas deberán efectuarse en forma completa, sin que permanezca en boca ningún remanente de resto radicular.

### **10.01. EXTRACCIÓN DENTARIA.**

### **10.02. PLASTICA DE COMUNICACIÓN BUCO-SINUSAL**

Se reconocerá con **Rx pre-operatoria** que justifique la realización de la práctica.

### **10.03. BIOPSIA POR PUNCIÓN O ASPIRACIÓN.**

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

#### **10.04. ALVEOLECTOMIA ESTABILIZADORA -6 ZONAS - POR ZONA**

Requerirá **autorización previa** indicando la circunstancia clínica que da origen a la prestación y Rx pre y post operatoria. Se deberá **indicar la zona intervenida**.

#### **10.05. REIMPLANTE DENTARIO INMEDIATO AL TRAUMATISMO (CON INMOVILIZACION).**

Deberá acompañarse con Rx pre y post-operatoria.

#### **10.06. INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSESOS.**

Deberá acompañarse breve reseña del cuadro clínico.

#### **10.07. BIOPSIA POR ESCISIÓN.**

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

#### **10.08. ALARGAMIENTO QUIRURGICO DE LA CORONA CLÍNICA.**

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

#### **10.09. EXTRACCIÓN DE DIENTES RETENIDOS O 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 qué 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.

**10.09.01. EXTRACCION DE DIENTE SEMIRETENIDO O EN RETENCIÓN MUCOSA.** Requerirá Rx pre y post operatoria.

**10.10. GERMECTOMIA.** Ídem norma **código 10.09.**

**10.11. LIBERACIÓN DE DIENTES RETENIDOS (RETENCIÓN O SEMIRETENCIÓN MUCOSA).** Requerirá Rx pre operatoria.

**10.12. APICECTOMIA.** Requerirá Rx pre y post-operatorias.

**10.13. TRATAMIENTO DE OSTEOMIELITIS.**

**10.14. EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO.**

**10.15. ALVEOLECTOMIA CORRECTIVA - POR ZONA - 6 ZONAS.** Requerirá autorización previa indicando la circunstancia clínica que da origen a la prestación y Rx pre y post operatoria. Se deberá **indicar la zona intervenida**.

**10.18. EXTRACCIÓN C/ ALVEOLECTOMÍA EXTERNA DE RESTOS RADICULARES.** Requerirá Rx. pre y post-operatorias.

Las prácticas no nombradas serán consideradas fuera de cobertura por lo que se cobrará al afiliado.