

LA PLATA, 29 de agosto de 2017

VISTO la Ordenanza N° 107/75 de la Universidad Nacional de La Plata y sus modificatorias, las resoluciones vigentes referidas a coberturas por prestaciones odontológicas otorgadas por esta Dirección de Servicios Sociales, y

CONSIDERANDO

Que resulta necesario adecuar y reglamentar la normativa vigente en relación a la cobertura mencionada en el Visto, determinando las condiciones y requisitos específicos para acceder a las coberturas en cuestión.

Que se hace imprescindible ajustar los niveles máximos de las coberturas a valores razonables, en la medida que los recursos económicos de esta Dirección de Servicios Sociales así lo permitan.

Por ello,

**EL DIRECTORIO NORMALIZADOR DE LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES
RESUELVE :**

ARTÍCULO 1º: Dar continuidad a las coberturas en concepto de prestaciones odontológicas otorgadas por esta Dirección de Servicios Sociales.-

ARTÍCULO 2º: Establecer a partir del 1º de septiembre de 2017 los niveles máximos de cobertura correspondientes a prestaciones odontológicas, que figuran en Anexo a la presente Resolución.-

ARTÍCULO 3º: Fijar a partir de la presente Resolución un monto máximo para cobertura de prestaciones odontológicas de **PESOS TREINTA MIL (\$30.000)** por afiliado, incluido grupo familiar a cargo, y por año calendario.-

ARTÍCULO 4º: Para el reintegro de las coberturas correspondientes a **prótesis odontológicas** (exceptuando el caso particular de implantes) fijadas en la presente Resolución deberá presentarse la siguiente documentación:

- ✓ Con intervención de la Obra Social Primaria (OSP):
 - Constancia de pago de la OSP.
 - Ficha odontológica, con odontograma completo.
 - Historia clínica.
 - Fotocopia de la factura/recibo de pago, discriminando el monto abonado por cada código.

- ✓ Sin intervención de la Obra Social Primaria (OSP):
 - Auditoría previa, con anterioridad a iniciar el tratamiento:
 - Ficha odontológica, con odontograma completo.
 - Presupuesto codificado.
 - RX pre-operatoria, en caso de perno muñón periapical con conducto realizado.

 - Auditoría posterior:
 - Prótesis instalada en boca.
 - RX post-operatoria, en caso de perno.
 - Factura/recibo original de pago, discriminando el monto abonado por cada código.

Las coberturas de prótesis odontológicas deberán solicitarse por reintegro. Las garantías de cada cobertura serán establecidas en cada caso por la Auditoría Odontológica.-

Para el reintegro de las coberturas correspondientes a **implantes** deberá presentarse la siguiente documentación:

- Ficha odontológica, con odontograma completo.
- Radiografía del implante.
- Constancia del profesional con fecha de colocación del implante.
- Factura/recibo original de pago, discriminando el monto abonado por cada código.

La cobertura de implantes deberá solicitarse por reintegro, y se otorgará por única vez por cada pieza dental, reconociendo el reintegro luego de 4 meses de colocados los mismos.-

ARTÍCULO 5º: Para el reintegro de las coberturas correspondientes a **tratamientos periodontales** fijadas en la presente Resolución deberá presentarse la siguiente documentación:

- ✓ Con intervención de la Obra Social Primaria (OSP):
 - Constancia de pago de la OSP.
 - Ficha odontológica, con odontograma completo.
 - Historia clínica periodontal: diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico.
 - Fotocopia de la factura/recibo de pago, discriminando el monto abonado por cada código.

- ✓ Sin intervención de la Obra Social Primaria (OSP):

Auditoría previa, con anterioridad a iniciar el tratamiento:

- Ficha odontológica, con odontograma completo.
- Historia clínica periodontal: diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico.
- Radiografía seriada superior e inferior.
- Presupuesto codificado, indicando sectores a tratar.

Auditoría posterior, finalizado el tratamiento:

- Factura/recibo original de pago, discriminando el monto abonado por cada código.

La cobertura de tratamientos periodontales deberá solicitarse por reintegro, y tendrán una garantía de 1 año prestacional.-

ARTÍCULO 6º: Para el reintegro de las coberturas correspondientes a **tratamientos de ortodoncia** fijadas en la presente Resolución deberá presentarse la siguiente documentación:

- ✓ Primera evaluación:
 - Ficha odontológica, con odontograma completo.
 - Historia clínica: diagnóstico, plan de tratamiento, pronóstico y tiempo de duración del tratamiento.
 - Moldes iniciales (zocalados).
 - Visita del paciente con aparatología colocada.
 - Factura/recibo original de pago.
 - Declaración jurada respecto a la elección del profesional.

Segunda evaluación:

- Certificado del profesional donde conste que el paciente se encuentra en la etapa intermedia del tratamiento.
- Moldes iniciales.
- Presencia del paciente con aparatología colocada.
- Factura/recibo original de pago.

✓ Tercera evaluación:

- Certificado del profesional donde conste que el paciente ha concluido el tratamiento.
- Moldes iniciales.
- Presencia del paciente.
- Factura/recibo original de pago.

La cobertura de tratamientos de ortodoncia deberá solicitarse por reintegro, y se otorgará por única vez, reconociendo un solo tratamiento y comprendiendo sólo a los menores de hasta 15 años de edad inclusive. La elección del profesional que llevará a cabo el tratamiento es responsabilidad exclusiva del afiliado (padre y/o madre). La cobertura de los tratamientos de ortodoncia se fraccionará en tres (3) cuotas iguales, las que se reintegrarán al cumplimentar cada una de las evaluaciones.-

ARTICULO 7º: Establecer una cobertura por realización de radiografía panorámica, debiéndose presentar la siguiente documentación:

- Placa panorámica realizada.
- Factura/recibo original.

La cobertura por realización de radiografía panorámica deberá solicitarse por reintegro, y se reintegrará hasta una (1) placa por año prestacional.


ARTÍCULO 8º: Encomendar al Área Prestaciones y Salud, y a los Médicos Auditores de esta Dirección de Servicios Sociales, los seguimientos y controles que por la vigencia de la presente resolución resultan de su competencia.-

Por el Sector Auditoría Odontológica se recepcionará la documentación requerida para el trámite de cobertura.-

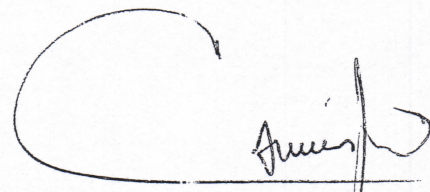
ARTÍCULO 9º: Derogar a partir de la vigencia de la presente, las Resoluciones anteriores a la fecha referidas a coberturas por prestaciones odontológicas.-

ARTÍCULO 10º: Regístrese. Comuníquese a todas las Dependencias y pase a la Secretaría Administrativa de esta Dirección para su conocimiento y notificación a las Áreas Prestaciones y Salud, Económico Financiera, Operativa y Comercialización, y Control y Movimiento de Fondos. Cumplido: ARCHÍVESE

RESOLUCIÓN NORMATIVA DSS N° 747/17


GABRIEL OMAR BALBARREY
Director Docente
Dirección de Servicios Sociales
U.N.L.P.


JULIO OMAR BRAMUEL
Director No Docente
Dirección de Servicios Sociales
U.N.L.P.


Sr. RAMIRO TABORDA
Director Ejecutivo
Dirección de Servicios Sociales
U.N.L.P.

**Resolución Normativa N° 747/17
 Anexo - Prestaciones Odontológicas**

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	RENTEGRO
PRÓTESIS ODONTOLÓGICAS		
04.01.01	Incrustaciones cavidad simple	410,00
04.01.02	Incrustaciones cavidad compuesta	1.000,00
04.01.03	Corona forjada	520,00
04.01.04	Corona colada	950,00
04.01.05	Corona colada con frente estético	1.400,00
04.01.06	Perno muñón fibra de vidrio	310,00
04.01.07	Corona colada revestida en acrílico	1.400,00
04.01.08	Perno muñón simple	800,00
04.01.09	Perno muñón seccionado	800,00
04.01.10	Tramo de puente colado	580,00
04.01.11	Corona acrílica	670,00
04.01.12	Elemento provisorio por unidad	280,00
04.01.13	Corona de porcelana	2.500,00
04.01.14	Tramo de puente porcelana	1.100,00
04.02.01	Prótesis de acrílico hasta cuatro dientes	1.560,00
04.02.02	Prótesis de acrílico cinco o más dientes	1.850,00
04.02.03	Colados de cromo cobalto hasta 4 dientes	2.200,00
04.02.04	Colados de cromo cobalto hasta 5 dientes o más dientes	2.400,00
04.02.05	Prótesis de material flexible hasta 4 dientes	2.250,00
04.02.06	Prótesis de material flexible de cinco o más dientes	2.450,00
04.03.01	Prótesis completa superior acrílico	3.150,00
04.03.02	Prótesis completa inferior acrílico	3.150,00
04.03.03	Prótesis completa superior material flexible	3.200,00
04.03.04	Prótesis completa inferior material flexible	3.200,00
04.04.01	Compostura simple	330,00
04.04.02	Compostura con un agregado de un diente	430,00
04.04.03	Compostura con un agregado de un retenedor	260,00
04.04.04	Compostura con un agregado de un diente y un retenedor	660,00
04.04.05	Dientes subsiguientes (cada uno)	160,00
04.04.06	Retenedor subsiguientes (cada uno)	160,00
04.04.07	Soldado de retención en ap. de cromo cobalto c/agreg. de un diente	310,00
04.04.09	Carilla de acrílico	520,00
04.04.10	Rebasador de prótesis (cada uno)	680,00
04.04.11	Cubeta individual	260,00
04.04.12	Levante de articulación - Placa de bruxismo	970,00
07.01.01	Implante	3.200,00
TRATAMIENTO PERIODONTAL		
08.03	Gingivitis marginal aguda x sector	260,00
08.04	Gingivitis crónica x sector	300,00
TRATAMIENTO DE ORTODONCIA		
06.02	Tratamiento Ortopédico	7.300,00
06.03	Tratamiento con aparatología fija o combinada	7.900,00
06.04	Movimientos dentarios	2.150,00

09.24	Radiografía panorámica	150,00
-------	------------------------	--------

ABRIEL OMAR BALBARREY
 Director Docente

JULIO OMAR BRAMUJEL
 Director No Docente
 Servicios Sociales

CR. RAMIRO TABORA
 Director Ejecutivo
 Servicios Sociales