

Quilmes, 12 de diciembre de 2012

VISTO, LA LEY 24741 ART 3º DE OBRAS SOCIALES UNIVERSITARIAS y Estatuto de la OSUNQ ART. 2º,

CONSIDERANDO:

Que en la Ley y en el Estatuto mencionados en el VISTO de la presente se establece como objetivo de la OSUNQ dar prestaciones que beneficien a sus miembros.

Que este Consejo ha podido comprobar que es común que los niños y niñas requieran tratamientos de ortodoncia a partir de los 8 años, edad límite de cobertura según el PMOe.

Que este tipo de tratamientos mejora considerablemente el futuro odontológico en la adultez.

Que la situación financiera actual permite, sin comprometer la continuidad de las prestaciones médicas, otorgar coberturas especiales a sus afiliados.

Que el Consejo Directivo de OSUNQ constituido en comisión ha dictaminado favorablemente.

Por ello,

EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA OBRA SOCIAL DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE QUILMES

R E S U E L V E:

ARTICULO 1º: Ampliar la cobertura de prestaciones de aparatología fija y removible (ortodoncia) que se detallan en el Anexo I que se adjunta a la presente para afiliados de entre 9 y 17 años miembros del grupo familiar primario del afiliado titular.

ARTICULO 2º: Aprobar el procedimiento que como Anexo I se adjunta a la presente Resolución para la solicitud, aprobación y erogación del monto aprobado en concepto de ampliación de cobertura

ARTÍCULO 3º. Regístrese, practíquense las comunicaciones de estilo y archívese.

RESOLUCION (CD) N°: 102/2012

ANEXO I

Cobertura

La cobertura de los tratamientos se realizará por reembolso, hasta el tope estipulado por la auditoría odontológica de OSUNQ y autorizado por el Consejo Directivo de OSUNQ para cada tipo de aparatología.

Alcance

- Rango de edades: desde los 9 y hasta los 17 años inclusive.
- Se reconocerá un solo tratamiento (se incluyen códigos 06.01 y 06.02 ó 06.03) por cada paciente y hasta la edad establecida. En los casos en que se requieran dos tratamientos el reembolso corresponderá a la prestación más onerosa (06.03). La cobertura incluye todas las consultas previas aun cuando el diagnóstico final determine que el paciente no requiere el tipo de ortodoncia cubierta por OSUNQ y toda la aparatología necesaria hasta el alta del paciente y contención pasiva.
- Todo cambio en el protocolo del tratamiento que no sea previamente informado y aprobado por OSUNQ no será reconocido para el reembolso y asimismo será causal de interrupción automática de las erogaciones aprobadas pero no abonadas al afiliado en el plan de tratamiento original aprobado por **OSUNQ**.
- Si al momento de aprobarse el presente protocolo ya se hubiera comenzado uno o ambos de los tratamientos de los incluidos en la presente cobertura, se podrá realizar el reembolso proporcional al tiempo de alta del tratamiento, previa autorización de la auditoría odontológica de OSUNQ y aprobación por parte del Consejo Directivo.
- Sólo se autorizarán tratamientos por profesionales ortodoncistas de la especialidad ad hoc.

Procedimiento para Acceder al Reembolso

Para acceder a este reembolso el afiliado deberá contar con la aprobación de OSUNQ antes de comenzar el tratamiento. Además tendrá que solicitar al profesional actuante, para permitir evaluar la necesidad y tipo de tratamiento que se solicita, los informes y estudios de diagnóstico del paciente siguiendo los pasos que se enumeran a continuación:

1.- Presentación de la Historia Clínica e información del paciente

- El profesional actuante completará el Formulario de Autorización de Ortodoncia (anexo A) que se retirará de OSUNQ. Este formulario incluye información personal del paciente a saber: datos de identificación del paciente (apellido y nombres, fecha de nacimiento, número de afiliado, domicilio y número de teléfono) como así también del afiliado titular adulto a cargo del menor.

- Historia clínica odontológica sin patología presente (odontograma en el que figuren las piezas existentes y las faltantes y antecedentes).
- Fotos (5)
- Estudios complementarios efectuados: Radiografía panorámica, teleradiografía, cefalograma de Ricketts.
- Antecedentes o alteraciones de la articulación temporomandibular (ATM) si existieran.
- Modelos zocalados y articulados, significando marcar la articulación molar.
- Diagnóstico morfofuncional del paciente a tratar firmado y con sello del profesional tratante, acompañado del análisis cefalométrico de Ricketts reducido también firmado y sellado por el profesional tratante.
- Código de tratamiento.
- Plan de tratamiento firmado y con sello del profesional tratante
- Tipo de aparatología a emplear hasta la finalización o alta.
- Duración total estimada del tratamiento firmada y con sello del profesional tratante.
- Pronóstico firmado y con sello del profesional tratante.

2. Presentación del Presupuesto

El profesional actuante deberá elaborar un presupuesto (firmado y sellado) en el cual incluirá los datos del paciente, el tratamiento a realizar y el importe por todo concepto del tratamiento.

OSUNQ procederá a la auditoría y evaluación del tratamiento propuesto por el profesional actuante, pudiendo solicitar en todo momento cualquier otra información que considere necesaria para el reconocimiento de los reembolsos.

El presupuesto deberá incluir todos los estudios pre y postratamiento y toda la aparatología necesaria para la corrección de la anomalía hasta su finalización o alta del caso a tratar, con los costos de cada uno a la fecha de elaboración del presupuesto.

Se entiende por alta a la determinación por parte del profesional que el paciente no tiene necesidad futura de tratamiento o control periódico, de modo que también se incluye al período de contención en todos sus aspectos y con toda la aparatología necesaria.

Se establecerá como valor tope de los reembolsos los valores autorizados por la auditoría odontológica de OSUNQ para las prestaciones de códigos 06.01; 06.02; 06.03 (Nomenclador Nacional de Prestaciones Odontológicas).

3. Autorización por OSUNQ

Toda la documentación detallada en los dos puntos precedentes y una vez presentada en su totalidad, será evaluada por la auditoría de OSUNQ quien dentro de los 10 días

hábiles deberá dar respuesta. La auditoría se reserva la facultad de solicitar información adicional.

Una vez recibida la validación de la cobertura el afiliado estará en condiciones de iniciar el tratamiento.

Es **IMPORTANTE** no comenzar tratamiento alguno sin antes haber recibido el formulario de "AUTORIZACIÓN DE ORTODONCIA/ORTOPEDIA (anexo B)" autorizado por la OSUNQ.

Las Autorizaciones de Tratamientos, en todos los casos, tendrán una validez de 60 (sesenta) días corridos para iniciar el tratamiento, desde la fecha de su autorización. De no comenzar el tratamiento deberá presentar nuevamente la documentación.

4. Reembolso de gastos de Ortodoncia.

OSUNQ reconocerá hasta un monto máximo o tope en concepto de reembolso de gastos en tratamiento de ortodoncia por paciente de 9 a 17 años. El reembolso será **por única vez y hasta el alta** y por tratamiento completo. Se considerarán incluidas también todas las consultas aun cuando el diagnóstico final determine que el paciente no requiere el tipo de ortodoncia cubierta por OSUNQ. Para acceder al reembolso, el beneficiario deberá acompañar, el **formulario de autorización (anexo A)** validado, estudios, factura/recibo oficial un presupuesto del profesional o institución actuante por el tratamiento completo a realizar.

El reembolso incluye:

Código 06.01 – Consultas por plan de tratamiento si correspondiera. Estudios pre y postratamiento. 100% del gasto hasta la suma máxima asignada al código según valor establecido por la auditoría odontológica de OSUNQ de acuerdo al Nomenclador Nacional de Prestaciones Odontológicas.

Se efectivizará ante la presentación de:

- Formulario de autorización (anexo A)
- Odontograma completo, sin patología presente
- Presupuesto. Firmado y sellado
- Estudios cefalométricos
- Radiología panorámica y Telerradiografía
- Fotos (5)

Código 06.02 – Tratamiento en dentición mixta con aparatología removible. Ortodoncia interceptiva, incluyendo la aparatología necesaria para la corrección de la anomalía hasta su finalización, con la contención inclusive.

- 50% del presupuesto o del valor del tope establecido por la auditoría odontológica de OSUNQ, el menor, al inicio del tratamiento (con aparatología en boca) y certificación con firma y sello del profesional.

Se liquidará con **formulario de autorización (anexo A)** validado, recibo oficial del profesional especialista y consentimiento (anexo B) informado del afiliado titular.

- 50% al finalizar el tratamiento, con presentación de modelos iniciales y finales. Se dará por finalizado cuando se haya logrado guía incisal, llave molar en neutro oclusión y solucionados (si existieran) los apiñamientos o espacios interdentarios anterosuperiores e inferiores.

Código 06.03 Tratamiento en dentición mixta o permanente con aparatología fija

- 50% del presupuesto o del valor del tope establecido por la auditoría odontológica de OSUNQ, el menor, al inicio del tratamiento (con aparatología en boca) y certificación con firma y sello del profesional.

Se liquidará con **formulario de autorización** (anexo A) validado, recibo oficial del profesional especialista y consentimiento (anexo B) informado del afiliado titular.

- 50% al finalizar el tratamiento, con presentación de modelos iniciales y finales. Se dará por finalizado cuando estén erupcionadas y en oclusión todas las piezas permanentes hasta los segundos molares permanentes inclusive.

En el caso de requerir y estar autorizado por OSUNQ más de un tratamiento (06.02 y 06.03) el reembolso será por el presupuesto o tope del código 06.03 (el menor de estos dos valores). El esquema de reembolso será:

Código 06.02 - 50% del presupuesto o del valor del tope, el menor, al inicio del tratamiento (con aparatología en boca) y certificación con firma y sello del profesional.

- 50% al finalizar el tratamiento, con presentación de modelos iniciales y finales.

Una vez finalizado y liquidado el código 06.02, por el **código 06.03** se reembolsará la diferencia entre el presupuesto o tope del código 06.03 y la erogación realizada por el reembolso del código 06.02. Esta diferencia se reembolsará al finalizar el tratamiento, con presentación de modelos iniciales y finales. Se dará por finalizado cuando estén erupcionadas y en oclusión todas las piezas permanentes hasta los segundos molares permanentes inclusive. Por la diferencia, el afiliado podrá solicitar un préstamo de emergencia o un préstamo odontológico.

Exclusiones, límites de validez y constancias de pago válidas

- La pérdida de la aparatología instalada o su rotura por causas inherentes al uso indebido no serán reconocidas para su reembolso, quedando la reposición a cargo del paciente.

- Las consultas de control o ajuste no se reconocerán a los efectos del reembolso, dado que se consideran incluidas en el costo del tratamiento.

- Todo cambio en el protocolo del tratamiento que no sea previamente informado y aprobado por OSUNQ no será reconocido para el reembolso y asimismo será causal de interrupción automática de las erogaciones aprobadas pero no abonadas al afiliado en el plan de tratamiento original aprobado por OSUNQ.

- La falta de cumplimiento de cualquiera de las etapas del protocolo anterior motivarán la suspensión de la cobertura del tratamiento por el que se solicitó el reembolso, como así también de cualquier otro tratamiento de ortodoncia futuro y del derecho de acceder a los préstamos de emergencia (cuando el problema esté vinculado a odontología), u odontológico de OSUNQ.

- En todos los casos, para el cobro del reembolso, se debe presentar el recibo de pago correspondiente del profesional actuante o institución de acuerdo a las normas vigentes.
- La presentación de las solicitudes de reembolso debe efectuarse dentro de los noventa (90) días de elaborado el diagnóstico y presentación del presupuesto.
- Quedan excluidas de la presente cobertura: tratamientos de ATM (Articulación Temporo Mandibular), tratamientos de patologías congénitas que requieren de cirugías ortognáticas, toda aparatología extraoral y todas las prestaciones odontológicas y ortopediátricas por fuera del PMO anteriores al presente protocolo que forma parte de la Resolución (CD) 102/2012

Anexo A
FORMULARIO DE AUTORIZACION ORTODONCIA

Fecha:

No. de Autorización (a completar por OSUNQ):

PROFESIONAL SOLICITANTE

Nombre y Apellido: _____ Nro.
Prestador: _____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____
_____ PROVINCIA: _____

Tel/Fax de Respuesta: _____ Correo electrónico: _____

AFILIADO TITULAR (padre, tutor o persona a cargo del paciente)

Nro. Afiliado:

APELLIDO Y NOMBRE:.....

DOMICILIO:LOCALIDAD:.....
PROVINCIA:.....

TELÉFONO:.....

AFILIADO PACIENTE

Nro.: APELLIDO Y
NOMBRE:.....

DOMICILIO:LOCALIDAD:.....
PROVINCIA:.....

TELEFONO:..... FECHA DE
NACIMIENTO:.....EDAD:.....

TRATAMIENTO ORTODONCIA SOLICITADO

1ra. CONSULTA:/...../..... INICIO TRAT.:/...../..... TIEMPO
ESTIMADO:/...../.....

DIAGNÓSTICO:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

PRONÓSTICO: FAVORABLE:..... DUDOSO:
DESFAVORABLE:

TRATAMIENTOS ANTERIORES: (SI/NO)	INDICACIÓN DE
TRATAMIENTO: (SI/NO)	
CLASIFICACIÓN ESQUELETAL:	ESTUDIOS REALIZADOS:

CLASE I :

CEFALOMÉTRICO DE:
TELERADIOGRAFÍA: FRENTE - PERFIL

CLASE II :

SUBDIVISION:

RX
INTRAORALES:
PANORAMICA:

CLASE III : ADQUIRIDA / ESQUELETAL

VERT:

DISCREPANCIA:

Hábitos/Observaciones:

APARATOLOGÍA:

.....

.....

.....

PIEZAS A EXTRAER:**MOTIVO:**

.....

--

Normas Generales: Se indica que el código 06.01 de consulta especializada en ortodoncia de estudio comprende la confección de la ficha de ortodoncia y los modelos iniciales de estudio. Se indica que el código 06.02 / 06.03 de tratamiento de la dentición mixta comprende la corrección total de la anomalía cualquiera sea la técnica

que se utilice y por única vez. El sistema es por reembolso según valores convenidos y tope anual

RESERVADO PARA LA OBRA SOCIAL

	FECHA	Importe del reembolso	FECHA	Autorización con firma y aclaración de persona autorizada por OSUNQ
Consulta				
1ra. Cuota				
2da. Cuota				

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

FIRMA Y ACLARACION AFILIADO

ANEXO B

CONSENTIMIENTO

Tratamiento Ortodoncia

APELLIDO/S y NOMBRE/S AFILIADO
TITULAR
(padre, tutor o encargado del menor paciente
destinatario del tratamiento)

NUMERO AFILIADO TITULAR(N° de
credencial)

APELLIDO/S y NOMBRE/S DEL PACIENTE:

NUMERO AFILIADO PACIENTE (N° de
credencial)

FECHA DE 1ra. CONSULTA:

TIEMPO ESTIMADO DE TRATAMIENTO:

En, a los..... días del mes de..... de 2..... el que
suscribe: (Apellido/s , Nombre/s y número de DNI del afiliado titular a cargo del menor
paciente)

.....
....., en carácter de padre, tutor o encargado (tachar lo que no
corresponda) de (Apellido/s , Nombre/s y número de DNI del paciente)

*Declaro haber tomado conocimiento de Resolución CD N°102/2012 y acepto las
condiciones generales y específicas que se detallan en el protocolo que forma parte
de la misma.*

Más de dos (2) faltas consecutivas o cinco (5) alternadas o dos (2) meses de
inasistencia a los controles del profesional, inducirán a la suspensión del tratamiento,
no teniendo derecho a reiniciarlo a cargo de su Cobertura Médica ni a percibir
reintegro alguno, deslindando tanto a OSUNQ, como al profesional actuante de toda
responsabilidad sobre el tratamiento u otras consecuencias.

Firma y aclaración de la Persona
Responsable (padre, tutor o encargado
del menor Paciente)

Firma del profesional