



Corte Suprema de Justicia de la Nación
Obra Social del Poder Judicial de la Nación

INSTRUCTIVO FICHAS AUTORIZACION **IMPLANTES**

Procedimientos para autorización y facturación de la ficha de Implantes

1) La ficha se proveerá mediante correo electrónico a todos los prestadores como plantilla que utilizarán sucesivamente para los tratamientos de los distintos afiliados.

2) Deberá completarse todos los campos de diagnóstico y aparatología a utilizar, pudiendo editarse digitalmente y luego imprimirse para la firma del afiliado y el profesional.

3) La ficha de **implantes** se autorizará digitalmente debiendo enviarse por correo electrónico a: autorizacionesodontologia@ospjn.gov.ar en **formato PDF**, adjuntando asimismo en el mismo documento la **radiografía panorámica**. El archivo no debe exceder **los 3mb**. IMPORTANTE: el peso/tamaño del archivo es estricto, el sistema bloqueará la recepción de archivos que excedan los 3mb.

4) La segunda hoja de la ficha tiene detalle de las fechas de cirugía junto con el detalle de los implantes realizados y debe venir firmado cuando se factura la 1° etapa del tratamiento.

5) Este procedimiento se repetirá en la autorización de las 2 etapas del tratamiento. **El formulario** que se devuelve luego de la autorización de la primera etapa **debe conservarse para autorizar la siguiente etapa (2° - prótesis)**, la cual se devolverá con la autorización y en donde al cabo de la evolución del tratamiento constarán la etapa autorizada. Para esta siguiente etapa la ficha deberá venir acompañada nuevamente por la **radiografía panorámica con los implantes colocados**.

NO SE ACEPTARÁN FICHAS DE TRATAMIENTOS EN CURSO QUE NO PRESENTEN LA AUTORIZACION DE LA PRIMERA ETAPA, por lo tanto deberá conservarse correctamente, no correspondiendo confeccionar una ficha nuevamente para autorizar la siguiente etapa.

6) Al momento de la **facturación de cada etapa** deberá presentar **la hoja impresa** donde consta la autorización y el dorso con el detalle de la cirugía y las firmas del profesional y el

afiliado, junto con **los troqueles de los implantes y de hueso y membrana** en caso de haberlos utilizado, **adjuntando las radiografías pre y post.**

ACLARACIÓN: Deberá presentarse radiografía panorámica pre y **las post pueden ser rx periapicales.**

7) En la segunda etapa deberá enviarse nuevamente la ficha previamente autorizada completando en esta oportunidad los elementos a realizar en la segunda etapa, junto con la radiografía panorámica con los implantes colocados, en **formato PDF.** El archivo no debe exceder los **3mb.** **IMPORTANTE: el peso/tamaño del archivo es estricto, el sistema bloqueará la recepción de archivos que excedan los 3mb.**

8) Para la facturación se procederá a enviar la ficha autorizada impresa junto con las radiografías pre y post.

26/04/2022.



*Corte Suprema de Justicia de la Nación
Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

IMPLANTES DENTALES

Apellido y Nombre: _____ Prestador: _____
Domicilio: _____ Numero de Afiliado: _____ /
Localidad: _____ Teléfono: _____
Provincia: _____ Edad: _____
DNI: _____

Derecha								Izquierda							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Implantes a realizar:

Levantamiento de piso: _____ Hueso: _____ Membrana: _____

Detallar plan de
tratamiento:

Panorámica: _____ TAC: _____

Firma afiliado

Firma y sello del profesional

Autorización 1° etapa: / /



Corte Suprema de Justicia de la Nación
Obra Social del Poder Judicial de la Nación

FACTURACIÓN

Fecha de colocación de implante/s: / /

Troqueles
pegar aquí
↓

Implantes realizados:

Estado implantes

(90 días) detallar:

2° ETAPA: SUPRAESTRUCTURA PRÓTESIS (señalar elementos a realizar)

Derecha

Izquierda

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Troqueles
pegar aquí
↓

Coronas provisorias:

Pernos/Tornillos:

Coronas definitivas:

Tramos de puente:

Prótesis Completa:

Otros:

Firma afiliado

Firma y sello del profesional

Autorización 2° etapa: / /



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

INSTRUCTIVO FICHAS AUTORIZACIÓN ORTODONCIA

Procedimientos para autorización y facturación de la ficha de ortodoncia:

1/ La ficha se proveerá mediante correo electrónico a todos los prestadores como plantilla que utilizarán sucesivamente para los tratamientos de los distintos afiliados.

2/Deberá completarse todos los campos de diagnóstico y aparatología a utilizar, pudiendo editarse digitalmente y luego imprimirse para la firma del afiliado y el profesional.

3/ La ficha de ortodoncia se autorizará digitalmente debiendo enviarse por correo electrónico a: autorizacionesodontologia@ospjn.gov.ar, en **formato PDF**, adjuntando asimismo en el mismo documento el **estudio cefalométrico**, fotos del caso y consentimiento informado. El archivo no debe exceder los 3mb. **IMPORTANTE: el peso/tamaño del archivo es estricto, el sistema bloqueará la recepción de archivos que excedan los 3mb.**

4/ La segunda hoja de la ficha tiene detalle de las fechas de concurrencia a los controles y debe venir firmado cuando se factura la etapa del tratamiento.

5/ Este procedimiento se repetirá en la autorización de las 3 etapas del tratamiento. El formulario que se devuelve luego de la **autorización de la primera etapa debe conservarse para autorizar las sucesivas etapas (2° y 3°)**, la cual se devolverá con la autorización y en donde al cabo de la evolución del tratamiento constarán todas las etapas autorizadas.

NO SE ACEPTARÁN FICHAS DE TRATAMIENTOS EN CURSO QUE NO PRESENTEN LA AUTORIZACION DE LA PRIMERA ETAPA, por lo tanto deberá conservarse correctamente, no correspondiendo confeccionar una ficha nuevamente para autorizar las etapas siguientes.

6/AI momento de la facturación de la etapa autorizada deberá presentar la hoja impresa con la autorización de la etapa y el dorso con los controles firmados.

26/04/2022.



*Corte Suprema de Justicia de la Nación
Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

ORTODONCIA FUNCIONAL Y ORTODONCIA

Apellido y Nombre: Prestador:
Numero de Afiliado: /
Domicilio: Teléfono:
Localidad: Edad:
Provincia: DNI:

Clasificación Esqueletal: Clase I Clase II Clase III

Esqueletal/Adquirida:

Hábitos: Deglución:
Respiración: Derivación a Fonoaudiología:

Estudios Realizados:

Panorámica: Telerradiografía: Perfil: Frente:

Cefalometría de:

APARATOLOGIA

Fija: Técnica: Maxilar Superior:
Removible: Tipo aparato: Maxilar Inferior:
Aparatología Extraoral: Ambos Maxilares:
Duración de Tratamiento:
Autorización: 1° etapa: / / 2° etapa: / / 3° etapa: / /

Firma afiliado

Firma y sello del profesional

