



BANCO DE MÉXICO

**Instructivo Odontológico
2019**



CONTENIDO

Capítulo 1.....	6
Servicios odontológicos	6
Capítulo 2.....	7
Formulario Odontológico	7
Capítulo 3.....	9
Lineamientos	9
Capítulo 4.....	12
Servicios y criterios de autorización	12
4.1. TIPOS DE CONSULTA	12
4. 1.1 Consulta de odontología general.	12
4.1.2 Consulta de especialidad odontológica.....	12
4.1.3 Consulta de urgencia.....	13
4.1.4 Consulta de seguimiento.....	13
4.1.5 Consulta a nivel hospitalario	13
4.1.6 Consulta de evaluación de segunda opinión.....	13
4.2. TRATAMIENTOS PREVENTIVOS	14
4.2.1 Profilaxis y control de placa dentobacteriana.....	14
4.2.2 Aplicación de flúor como preventivo	14
4.2.3 Aplicación de flúor como desensibilizante.....	14
4.2.4 Sellado de fisuras y foseas	15
4.3. OBTURACIONES.....	16
4.3.1 Amalgama.....	16
4.3.2 Resina fotocurable	16
4.3.3 Curación	16
4.3.4 Incrustación de metal no precioso.....	16
4.3.5 Incrustación tipo “onlay” de plata-paladio (albacast).....	16
4.3.6 Recementado de incrustación.....	17
4.3.7 Endoposte de metal vaciado no precioso	17
4.3.8 Núcleo de amalgama, ionómero de vidrio con limadura de plata o resina.....	17
4.3.9 Pin de metal no precioso.....	17
4.4 PRÓTESIS REMOVIBLE	19
4.4.1 Prótesis removible en cromo-cobalto.....	19
4.4.2 Prótesis total en acrílico rosa, superior o inferior.....	19

4.4.3	Prótesis parcial de metal acrílico.....	19
4.4.4	Prótesis parcial inmediata provisional	19
4.4.5	Prótesis total inmediata	20
4.5	PRÓTESIS FIJA	21
4.5.1	Corona provisional	21
	• Corona de policarbonato	21
	• Corona de acrílico procesado (jacket).....	21
4.5.2	Corona definitiva	21
4.5.3	Corona metal porcelana	21
4.5.4	Corona total en metal albacast	22
4.5.5	Recementado de corona	22
4.5.6	Aditamento de semipresición	22
4.6	REPARACIONES.....	23
4.6.1	Reposición de acrílica	23
4.6.2	Reposición de gancho.....	23
4.6.3	Reparación de barra palatina o lingual	23
4.6.4	Rebase total.....	24
4.6.5	Refuerzo o malla metálica.....	24
4.6.6	Reparación de prótesis parcial de metal acrílico	24
4.6.7	Reparación por fractura de placa total	24
4.6.8	Reparación por fractura de porcelana	24
4.7	ENDODONCIA.....	25
4.7.1	Apexificación y apicoformación	26
4.7.2	Tratamiento de conductos	26
4.7.3	Retratamiento de conductos.....	26
4.7.4	Retiro de endoposte, instrumento, espiga o tornillo intrarradiculares	26
4.7.5	Desobturación de conducto para endoposte.....	26
4.7.6	Apicectomía.....	27
4.7.7	Blanqueamiento por diente	27
4.8	PERIODONCIA.....	28
4.8.1	Curetaje cerrado total	28
4.8.2	Curetaje cerrado por órgano dentario	28
4.8.3	Mantenimiento periodontal.....	29

4.8.4	Curetaje abierto por cuadrante.....	29
4.8.5	Curetaje abierto por órgano dentario.....	29
4.8.6	Tratamiento periodontal quirúrgico por cuadrante.....	29
4.8.7	Barreras para regeneración periodontal.....	30
4.8.8	Injerto óseo	30
4.8.9	Injerto gingival.....	30
4.8.10	Ferulización por cuadrante	31
4.8.11	Tratamiento de pericoronitis	31
4.8.12	Alargamiento de corona.....	31
4.8.13	Curetaje periapical	31
4.8.14	Reparación quirúrgica de raíz dental perforada	31
4.9	CIRUGÍA MUCOGINGIVAL.....	33
4.9.1	Gingivoplastia	33
4.9.2	Frenilectomía.....	33
4.10	CIRUGÍA MENOR	33
4.10.1	Debridación de absceso	33
4.10.2	Drenaje de absceso por vía extraoral (pen rose).	33
4.11	CIRUGÍA MAXILOFACIAL.....	34
4.11.1	Extracción sencilla.	34
4.11.2	Extracción de órgano dentario incluido.	34
4.11.3	Extracción quirúrgica.....	34
4.11.4	Odontectomía por disección	35
4.11.5	Hemisección	35
4.11.6	Enucleación neoplásica	35
4.11.7	Alveolectomía o alveoloplastia.	35
4.11.8	Debridación de absceso por vía extraoral.....	35
4.12	ODONTOPEDIATRÍA.....	36
4.12.1	Corona de acero-cromo	36
4.12.2	Pulpotomía	36
4.12.3	Ventana ósea.....	36
4.13	TRATAMIENTOS PARA TRASTORNOS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM)	
	37	
4.13.1	Guarda oclusal.....	37

4.13.2	Ajuste oclusal total.....	37
4.13.3	Patología Bucal.....	38
4.14	ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO EN ODONTOLOGÍA.....	38
4.14.1	Radiografías.....	38

Capítulo 1

Servicios odontológicos

Fundamentación

En términos de lo dispuesto en el Capítulo XVI De los Servicios Dentales del Reglamento del Servicio Médico del Banco de México, el presente instructivo describe el alcance de la cobertura odontológica y los procedimientos que deben seguir los derechohabientes, para que de manera oportuna tengan acceso a los servicios dentales previstos en el citado Reglamento.

A fin de promover el uso adecuado de los servicios dentales que forman parte del servicio médico del Banco de México, los derechohabientes siempre deberán concluir un tratamiento iniciado con el mismo odontólogo tratante, por lo que en caso de que fuera de su interés cambiar de odontólogo tratante por otro de la misma red, deberá presentar su solicitud al correo de atenciodental@banxico.org.mx mediante el formato denominado “Solicitud de cambio de odontólogo tratante”, el cual se encuentra disponible en las siguientes ligas electrónicas:

<http://webinterno/recursos-humanos/>

<https://comunidad.banxico.org.mx>

Capítulo 2

Formulario Odontológico

El Formulario Odontológico es el documento que utilizan los prestadores de servicios dentales para proporcionar la atención requerida a los Derechohabientes, por lo que el correcto llenado favorece a acceder a los servicios requeridos sin ningún contratiempo.

Los apartados que conforman el Formulario Odontológico son:

1. **Cirujano dentista:** Nombre del Cirujano Dentista que va a realizar el tratamiento.
2. **Ciudad:** Anotar el nombre de la Ciudad y/o población de donde están enviando el formulario para autorización.
3. **Día/Mes/Año:** La fecha en que se llena el formulario para autorización.
4. **Nombre y apellido del Titular:** Marcar si el titular es trabajador o pensionado, así como su nombre.
5. **Nombre del paciente:** Se identifica al paciente (titular, cónyuge, padre o hijo) que recibirá el tratamiento, así como se deberá anotar el nombre del paciente completo.
6. **Clave de Derechohabiente:** Es importante que sea completa y correcta, debe incluir la Clave Única de Identificación del Derechohabiente (CUID).
7. **Fecha nacimiento:** Fecha de nacimiento del paciente.
8. **Clave Única de Prestador (CUP):** La clave que se le asignó al Cirujano Dentista cuando firmó el contrato con Banco de México.
9. **Código:** Se anota el código ICD10 según el diagnóstico del paciente.
10. **Número:** Es el número de autorización, el cual los odontólogos evaluadores anotarán una vez que el formulario fue capturado en el sistema.
11. **Odontograma:** El Cirujano Dentista que está solicitando autorización deberá marcar los órganos dentales (O.D.) que se van a trabajar, al colorar amalgamas, resinas o incrustaciones marcar la cara del O.D. en donde se va a poner la restauración, en el caso de las prótesis removibles, prótesis parcial de metal acrílico, prótesis inmediata provisional marcar en el odontograma los O.D. que abarcará la prótesis y los O.D. ausentes, si los tratamientos son por cuadrante, marcar el cuadrante que se va a trabajar.
12. **Diagnóstico:** Es la descripción del código ICD10.
13. **Observaciones:** En caso de que el Cirujano Dentista tenga alguna anotación que hacer.
14. **En la lista de claves y conceptos:** El Cirujano Dentista sólo debe marcar el núm. de piezas que va a trabajar.
15. **Firma del cirujano dentista:** Debe venir al momento de solicitar autorización.

16. **Firma de conformidad del paciente:** El paciente y/o tutor debe firmar hasta que se haya terminado el o los tratamientos solicitados en el formulario.
17. **Autorización del servicio médico:** Va la firma del odontólogo evaluador que autorizó el formulario.
18. **Administración:** Se anota el costo total que se le va a pagar al odontólogo por el tratamiento autorizado.

Capítulo 3

Lineamientos

1. Lineamientos aplicables a los derechohabientes

- Deberá entenderse por tratamiento odontológico, la corrección de las alteraciones de los órganos dentarios (O.D.), así como de los tejidos blandos y de soporte de la cavidad bucal.
- Los tratamientos odontológicos, así como los elementos de diagnóstico que se utilicen, deberán ser autorizados invariablemente previo a su realización, salvo en los siguientes casos:
 - a) En los que no se requiere autorización previa; en caso de que se rebase el número establecido, el Banco se reservará el derecho a pagar los servicios que excedan dichos lineamientos.
 - b) Cuando se trate de una urgencia; en éste último, la autorización podrá solicitarse en fecha posterior a la atención inicial.
- Para efecto de este Instructivo, se entenderá por garantía al periodo mínimo establecido por el Banco, durante el cual el tratamiento en cuestión debe cumplir con la función requerida, conservando su integridad y características estructurales.
- El derechohabiente deberá firmar de conformidad únicamente cuando se haya concluido el tratamiento.
- El odontólogo tratante deberá efectuar la reposición de un tratamiento no satisfactorio sin costo para el paciente ni para el Banco, por tal razón, durante la vigencia de dicho tratamiento, no es posible autorizar que otro odontólogo intervenga los tratamientos en garantía, salvo en los casos que se justifique el cambio de odontólogo, previo envío de la “Solicitud de cambio de odontólogo tratante”.

2. Lineamientos generales para el odontólogo

- El odontólogo tratante sólo podrá iniciar tratamientos sin autorización previa en caso de urgencia y en aquellos servicios que no la requieren; aquellos que no caigan en estos supuestos, corre por cuenta del odontólogo el gasto que se erogue de no autorizarse el tratamiento, por lo que deberá observar y llevar el control de las reglas de operación.

- En tratamientos de múltiples órganos dentarios deberá fraccionar el tratamiento por cuadrantes, así podrá presentar por etapas el presupuesto para efectos de autorización, con el fin de que el pago se efectúe al término de cada etapa.
- El paciente deberá firmar de conformidad al término del tratamiento.
- Para obtener la autorización, enviará el plan de tratamiento, describiéndolo en el formulario diseñado para tal efecto (odontograma), el cual debe de estar completamente llenado de acuerdo a lo previsto en el capítulo inmediato anterior, acompañado invariablemente de los estudios radiológicos que apoyen el diagnóstico.
- Las garantías inician a partir de la fecha de la autorización del tratamiento.
- El odontólogo tratante deberá efectuar la reposición de un tratamiento no satisfactorio sin costo para el paciente ni para el Banco, por tal razón, durante la vigencia de dicho tratamiento, no es posible autorizar que otro odontólogo intervenga los tratamientos en garantía, salvo en los casos que se justifique el cambio de odontólogo.
- Cuando inicie un tratamiento en órganos dentarios previamente restaurados por otro odontólogo sin la autorización del Banco, el prestador asume la responsabilidad sobre los tratamientos que se encontraban en garantía.
- Si durante el curso del tratamiento decide modificarlo, deberá hacerlo del conocimiento del Servicio Médico del Banco mediante un informe para obtener la autorización correspondiente, a fin de que sean registrados los cambios en el odontograma del derechohabiente, y en consecuencia, se realicen los ajustes a los aranceles.
- Utilizar material de alta calidad, en virtud de que se deberán cumplir con los periodos mínimos de garantía estipulados en este Instructivo.
- Cuando realice tratamientos diferentes a los autorizados, es decir que se sustituya el material autorizado por otro, o bien, un concepto por otro, se le descontará el importe correspondiente al tratamiento original, actualizado a términos reales.
- Para evitar complicaciones anestésicas del derechohabiente, no se deberá realizar ningún tratamiento odontológico bajo anestesia general, salvo en las intervenciones quirúrgicas mayores que se lleven a cabo en medio hospitalario.
- El odontólogo tratante será el responsable de la atención del derechohabiente, y deberá instruirlo y orientarlo acerca de las acciones de Odontología Preventiva que correspondan, puntualizando la importancia de que acuda periódicamente a control, por lo menos cada seis meses.

- Cuando el derechohabiente no asista con regularidad, o dificulte la continuidad del tratamiento, el odontólogo deberá reportar de inmediato tal irregularidad al Servicio Médico del Banco, ya que en caso contrario le corresponderá asumir la responsabilidad por el tratamiento no concluido.
- Cuando un derechohabiente manifieste su inconformidad justificada ante el Servicio Médico del Banco, para regresar con su odontólogo tratante, se le descontará a este último, el importe que se pague a otro odontólogo del Directorio Médico del Banco.
- La revisión de los casos odontológicos y en particular de las quejas son de gran importancia en la detección de anomalías en la prestación del servicio; esto implica evaluar al paciente, tener el informe del mismo y del odontólogo, así como el registro de los descuentos que se hubieran aplicado en caso de la existencia de los mismos; todo esto con la finalidad de mantener y ofrecer un servicio médico de alta calidad tanto profesional como ética para todos los pacientes.
- El seguimiento de los tratamientos se realiza para verificar el término de los mismos, así como para identificar cuando un tratamiento no procede. De igual forma, se realiza a petición del Odontólogo de red, o bien, del mismo paciente ante alguna duda antes, durante o después del tratamiento.
- Para solicitar autorización de tratamiento odontológico de los trabajadores, pensionados y familiares derechohabientes de ambos, se deberá enviar al correo electrónico: atenciondental@banxico.org.mx el odontograma, radiografías e imagenología.
- Debe existir comunicación entre el odontólogo evaluador y el odontólogo tratante, a fin de comentar los planes de tratamiento, sobre todo en los casos que requieren autorización ya sea por el uso de materiales especiales, o bien, por cirugías de patologías de mayor riesgo.
- Los odontólogos evaluadores realizarán revisiones periódicas a los pacientes para llevar un control de los tratamientos autorizados desde su inicio hasta su conclusión.

Capítulo 4

Servicios y criterios de autorización

Para la atención dental, el Banco cuenta con prestadores de servicio dedicados a la Odontología General, así como las siguientes especialidades odontológicas: Odontopediatría, Cirugía Maxilofacial, Endodoncia, Parodoncia, Prótesis Dental, Odontogeriatría y Patología Bucal.

4.1. TIPOS DE CONSULTA

4. 1.1 Consulta de odontología general.

Es la atención programada que recibe el derechohabiente adulto a partir de los 12 años de edad, con el odontólogo de su elección, de los incluidos en el Directorio Médico del Banco. En este caso, el pago de la citada consulta se realiza como máximo dos veces por año calendario. No requiere autorización previa.

4.1.2 Consulta de especialidad odontológica

a) Consulta de especialidad en odontopediatría

Es la atención programada que recibe el derechohabiente con edad menor a los 18 años, con el odontopediatra de su elección, de los incluidos en el Directorio Médico del Banco. En este caso, el pago de la citada consulta se realiza como máximo dos veces por año calendario. No requiere autorización previa.

b) Consulta de especialidad en prótesis

Es la atención programada que recibe el derechohabiente adulto con el especialista en prótesis de su elección, de los incluidos en el Directorio Médico del Banco. En este caso, el pago de la citada consulta se realiza como máximo dos veces por año calendario. No requiere autorización previa.

c) Consulta de especialidad en endodoncia, parodoncia, cirugía maxilofacial, odontogeriatría y patología bucal

Es la atención que se proporciona a un derechohabiente cuando haya sido referido a cualquiera de los especialistas señalados en este numeral, por otro odontólogo o médico del Directorio Médico o por el odontólogo evaluador del Servicio Médico del Banco. En estos casos, el pago de la consulta se autoriza por cada O.D. tratado; excepto para Periodoncia y Odontogeriatría, las cuales se realizarán dos veces por año calendario y no requieren autorización previa.

Cuando el odontólogo especialista haya sido autorizado por el Banco para realizar tratamientos de odontología general, le será aplicable lo previsto en el numeral 4.1.1 de este Instructivo.

4.1.3 Consulta de urgencia

Se entenderá como consulta de urgencia aquella que le requiera al odontólogo trasladarse a su consultorio para la atención exclusiva de un derechohabiente, por un malestar que demande tratamiento inmediato, en horario de las 21:00 a las 8:00 horas, de lunes a sábado y las 24:00 horas en domingos y días festivos. En estos casos el odontólogo tratante registrará en el formulario de autorización la hora en que impartió la consulta. El costo de ésta incluye el tratamiento correspondiente.

4.1.4 Consulta de seguimiento

Autorizada para aquellos tratamientos en consultorio que justifique el especialista.

4.1.5 Consulta a nivel hospitalario

Cuando la visita hospitalaria esté justificada por el médico tratante, a través del odontólogo con quien remitió el caso.

4.1.6 Consulta de evaluación de segunda opinión

Se entenderá como consulta de evaluación cuando el Servicio Médico del Banco refiera al derechohabiente con un especialista, a fin de obtener segunda opinión acerca de un diagnóstico o tratamiento. En este caso, el Banco autorizará el pago equivalente al doble de una consulta general.

Tabla 1
Resumen de criterios aplicables por tipo de consulta

Tipo de Consulta	Autorización a Derechohabientes	Periodicidad para brindar Consulta
Odontología General	Titular y familiares	Dos veces año calendario
Odontopediatría	Hijo	Dos veces año calendario
Endodoncia	Titular y familiares	Cada que un órgano dental sea tratado
Parodoncia	Titular y familiares	Dos veces año calendario
Cirugía maxilofacial	Titular y familiares	Cada que un órgano dental sea tratado
Odontogeriatría	Titular y familiares	Dos veces año calendario
Prótesis bucal	Titular y familiares	Dos veces año calendario
Urgencia	Titular y familiares	Cuando se requiera
Seguimiento a tratamiento en consulta	Titular y familiares	Cuando se requiera y se emita una justificación por el especialista.
Atención en hospital	Titular y familiares	Cuando se requiera y se emita una justificación por el médico tratante.
Segunda opinión en cualquier especialidad	Titular y familiares	Cuando el servicio médico del Banco de México lo solicite.

4.2. TRATAMIENTOS PREVENTIVOS

4.2.1 Profilaxis y control de placa dentobacteriana

La profilaxis es un procedimiento que debe comprender: eliminación de la placa dentobacteriana y manchas dentales extrínsecas, pulido de las superficies dentales, así como la instrucción en la técnica de cepillado y el uso de hilo dental. Este procedimiento no requiere autorización previa.

Es recomendable orientar a los derechohabientes para que se les realice dos veces al año, con el propósito de prevenir padecimientos dentales.

4.2.2 Aplicación de flúor como preventivo

La aplicación de flúor deberá efectuarse en todos los infantes menores de dieciséis años, máximo dos veces por año calendario y es exclusivamente por el odontopediatra. Este procedimiento no requiere autorización previa.

4.2.3 Aplicación de flúor como desensibilizante

Cuando se requiere como desensibilizante, se autoriza su aplicación en 3 sesiones distintas por año calendario.

4.2.4 Sellado de fisuras y fosetas

El sellado de fisuras y fosetas se autoriza exclusivamente a derechohabientes con edad menor a los 16 años, deberá realizarse por el odontopediatra con sellador fotocurable. No está autorizado el uso de amalgama para este tratamiento. En el caso de alteraciones del esmalte hereditarias y adquiridas, también se podrá autorizar la aplicación de sellador de fisuras y fosetas.

Es recomendable que el sellado se lleve a cabo en órganos dentarios definitivos posteriores y molares temporales, inmediatamente después de que hayan completado el proceso de erupción.

Tabla 2
Resumen de criterios aplicables a tratamientos preventivos

Tipo de tratamiento	Especialidad que lo puede realizar	Autorización a Derechohabientes	Periodicidad para tratamiento
Profilaxis y control de placa dentobacteriana	<ul style="list-style-type: none">- Odontología general- Odontopediatría- Prótesis- Parodencia- Cirugía maxilofacial- Odontogeriatría- Patología bucal	Titular y familiares	Dos veces al año calendario
Aplicación de flúor preventivo	<ul style="list-style-type: none">- Odontopediatría	Hijos menores de dieciséis años	Dos veces año calendario
Aplicación de flúor desensibilizantes	<ul style="list-style-type: none">- Odontología general- Parodencia- Prótesis- Odontogeriatría	Titular y familiares	Una vez por año calendario
Sellado de fisuras y fosetas	<ul style="list-style-type: none">- Odontopediatría	Hijos menores de dieciséis años	Una vez cada tres años calendario para cada órgano dental que sea tratado

4.3. OBTURACIONES

4.3.1 Amalgama

La restauración con amalgama se autoriza en órganos dentarios posteriores definitivos.

Para fines de pago de las obturaciones con amalgama, se considerarán todas las lesiones que presente cada órgano dentario al momento de ser evaluado, como un solo tratamiento.

4.3.2 Resina fotocurable

La restauración con resina fotocurable se autoriza en los órganos dentarios siguientes:

- a. Permanentes anteriores: En todas las caras
- b. Permanentes posteriores: Sólo en su región cervical.
- c. Temporales anteriores: En todas las caras
- d. Temporales posteriores: En todas las caras

En dientes posteriores en cara oclusal se autoriza en derechohabientes con edad menor a dieciséis años, mujeres embarazadas y pacientes con enfermedades renales.

Para fines de pago de la obturación con resina, se consideraran todas las lesiones que presente cada órgano dentario al momento de ser evaluado, como un solo tratamiento.

4.3.3 Curación

Se autoriza como tratamiento para obturar una cavidad en el órgano dentario afectado en forma provisional, excepto, cuando esta forma parte del tratamiento de incrustación, amalgama o degradación de absceso. También se autoriza en caso de limpieza de heridas o lesiones de tejidos blandos de la cavidad oral.

4.3.4 Incrustación de metal no precioso

La incrustación de metal (excepto oro, platino y materiales estéticos) se autoriza en órganos dentarios posteriores definitivos, que presenten cavidades amplias, principalmente clase II.

El odontólogo tratante debe emplear aleación de metales plata paladio (albacast).

4.3.5 Incrustación tipo “onlay” de plata-paladio (albacast)

Incrustación tipo “onlay” de plata-paladio (albacast) está indicada cuando se requiere restauración definitiva en órganos dentarios posteriores, para proteger las paredes de la corona natural del diente, a fin de conservar la estructura dentaria.

4.3.6 Recementado de incrustación

El recementado de incrustación debe hacerse por el odontólogo tratante. El derechohabiente deberá acudir durante los cinco días siguientes al desprendimiento de la restauración, a fin de evitar la alteración de la preparación del diente afectado. Si durante los citados 5 días, el odontólogo tratante no se encontrara disponible, el recementado podrá realizarse por otro odontólogo, previo aviso y autorización por el Servicio Médico de Banco de México

Se autoriza después de un año de haberse colocado la incrustación.

4.3.7 Endoposte de metal vaciado no precioso

El endoposte se autoriza en una sola ocasión por cada restauración definitiva, en dientes que no tengan suficiente tejido de soporte para una restauración, siempre y cuando exista tratamiento previo endodóntico en dichos órganos dentarios.

Posterior a la colocación del endoposte se deberá enviar la radiografía correspondiente al Servicio Médico del Banco, a fin de autorizar el tratamiento protésico consecuente.

El odontólogo tratante debe emplear aleación de metales plata paladio (albacast) o fibra de vidrio.

4.3.8 Núcleo de amalgama, ionómero de vidrio con limadura de plata o resina

Se autorizan en una sola ocasión por cada corona definitiva, en dientes con destrucción moderada, en caso de que se emplee resina, debe tenerse en cuenta que su aplicación está indicada en dientes tratados endodónticamente.

4.3.9 Pin de metal no precioso

El pin intradentinario se emplea como auxiliar de retención en reconstrucciones con amalgama, resina o ionómero de vidrio con limadura de plata, se autoriza en dientes vitales y en dientes tratados endodónticamente, por cada restauración definitiva.

La restauración con pin se cotizará por órgano dentario, independientemente del número de pins requeridos.

En caso de que se emplee en reconstrucción con resina fotocurable en dientes anteriores permanentes, enviar radiografía del órgano dentario previo a la autorización, a fin de evaluar la magnitud de la destrucción.

Tabla 3
Resumen de criterios aplicables a obturaciones

Tipo de tratamiento	Especialidad que lo puede realizar	Autorización a Derechohabientes	Periodicidad y/o garantía para tratamiento
Amalgama	- Odontología general - Odontopediatría - Prótesis - Odontogeriatría	Titular y familiares	Una vez cada cinco años calendario para cada órgano dental que sea tratado
Resina fotocurable	- Odontología general - Odontopediatría - Prótesis - Odontogeriatría	Titular y familiares	Una vez cada tres años calendario para cada órgano dental que sea tratado
Curación	Todas	Titular y familiares	Por única vez para cada órgano dental que sea tratado.
Incrustación de metal no precioso	- Odontología general - Odontopediatría - Prótesis Odontogeriatría	Titular y familiares	La garantía es por cinco años calendario para cada órgano dental que sea tratado.
Incrustación tipo onlay de plata paladio (albacast)	- Odontología general - Odontopediatría - Prótesis - Odontogeriatría	Titular y familiares	La garantía es por cinco años calendario para cada órgano dental que sea tratado.
Recementado de incrustación	- Odontología general - Odontopediatría - Prótesis - Odontogeriatría	Titular y familiares	Se autoriza un año después de la colocación de la incrustación, con una garantía de cinco años calendario para cada órgano dental que sea tratado.
Endoposte de metal vaciado no precioso	- Odontología general - Prótesis - Odontogeriatría	Titular y familiares	Se autoriza por única ocasión, con una garantía de cinco años calendario para cada órgano dental que sea tratado.
Núcleo de amalgama, ionómero de vidrio con limadura de plata o resina	- Odontología general - Prótesis - Odontogeriatría	Titular y familiares	Se autoriza por única ocasión, con una garantía de cinco años calendario para cada órgano dental que sea tratado.
Pin de metal no precioso	- Odontología general - Prótesis - Odontogeriatría	Titular y familiares	Se autoriza por cada restauración definitiva, con una garantía de cinco años calendario para cada órgano dental que sea tratado con amalgama, y de tres años para el que sea tratado con resina o ionómero.

4.4 PRÓTESIS REMOVIBLE

4.4.1 Prótesis removible en cromo-cobalto

Se autoriza cuando existe ausencia de órganos dentarios y existan pilares calificados (órganos dentarios con buena estructura y soporte óseo). Debe elaborarse con aleación cromo-cobalto y acrílico.

Una vez que el odontólogo haya efectuado la toma de impresión, la adaptación de la prótesis no deberá exceder de tres semanas, a fin de evitar desplazamiento de los pilares y el consecuente desajuste.

La conformidad a este tratamiento deberá otorgarse una vez transcurridas tres semanas de la colocación de la prótesis, a fin de que el paciente manifieste su entera satisfacción.

Para efecto del cálculo del costo se considera como unidad cada pónico, gancho y medio gancho; y como tres unidades, la barra lingual y la palatina.

4.4.2 Prótesis total en acrílico rosa, superior o inferior

Se autoriza para pacientes con ausencia total de dientes.

Una vez que el odontólogo haya efectuado la toma de impresión, la adaptación de la prótesis no deberá exceder de tres semanas, a fin de evitar el desajuste.

La conformidad a este tratamiento deberá otorgarse una vez transcurridas tres semanas de la colocación de la prótesis, a fin de que el paciente manifieste su entera satisfacción.

4.4.3 Prótesis parcial de metal acrílico

Se autoriza para pacientes que presentan amplias zonas edéntulas y los pilares dentarios no son lo suficientemente fuertes para soportar la carga, razón por la cual requieren mucosoporte.

Una vez que el odontólogo haya efectuado la toma de impresión, la adaptación de la prótesis no deberá exceder de tres semanas, a fin de evitar desplazamiento de los pilares y el consecuente desajuste.

La conformidad a este tratamiento deberá otorgarse una vez transcurridas tres semanas de la colocación de la prótesis, a fin de que el paciente manifieste su entera satisfacción.

4.4.4 Prótesis parcial inmediata provisional

Se autorizará por única vez cuando se requieran las extracciones de varios órganos dentarios, colocándose en forma provisional e inmediata a las extracciones, en tanto se completa el proceso de cicatrización (máximo 6 meses), para posteriormente colocar la prótesis definitiva.

Para efecto del cálculo del costo se considera como unidad cada pónico, gancho y medio gancho; y como tres unidades, la barra lingual y la palatina.

4.4.5 Prótesis total inmediata

Se podrá autorizar cuando se requieran las extracciones de todos los órganos dentarios presentes en los maxilares, colocándose en forma provisional e inmediata a las extracciones, en tanto se completa el proceso de cicatrización (máximo 6 meses), para posteriormente colocar la prótesis total definitiva.

Tabla 4
Resumen de criterios aplicables a prótesis removible

Tipo de prótesis removible	Especialidad que lo puede realizar	Autorización a Derechohabientes	Periodicidad y/o garantía para tratamiento
Prótesis removible en cromo-cobalto	- Odontología General - Prótesis - Odontogeriatría	Titular	Se autoriza una vez cada cinco años.
Prótesis total en acrílico rosa, superior o inferior	- Odontología general - Prótesis - Odontogeriatría	Titular	Se autoriza una vez cada cinco años, a pacientes con ausencia total de dientes.
Prótesis parcial de metal acrílico	- Odontología general - Prótesis - Odontogeriatría	Titular	Se autoriza una vez cada cinco años.
Prótesis parcial inmediata provisional	- Odontología general - Prótesis - Odontogeriatría	Titular	Se autoriza por única vez después de las extracciones de varios órganos dentarios, en tanto se completa el proceso de cicatrización (máximo 6 meses).
Prótesis total inmediata	- Odontología general - Prótesis - Odontogeriatría	Titular	Se autoriza por única vez cuando se requieran las extracciones de todos los órganos dentarios, en tanto se completa el proceso de cicatrización (máximo 6 meses)

4.5 PRÓTESIS FIJA

4.5.1 Corona provisional

La corona de acrílico provisional autopolimerizable es elaborada por el odontólogo tratante, a fin de proteger y sustituir la estructura preparada del diente hasta la colocación de la corona definitiva. Se autoriza en una sola ocasión por cada corona definitiva.

- **Corona de policarbonato**

La corona de policarbonato es prefabricada y se autoriza en casos de urgencia, por fractura coronaria en dientes anteriores y premolares. Su función es la de proteger el órgano dentario, en tanto es atendido por el endodoncista y posteriormente, en tanto se continua su rehabilitación. Se autoriza en una sola ocasión por cada corona definitiva.

- **Corona de acrílico procesado (jacket)**

La corona de acrílico procesado (jacket) se realiza en el laboratorio dental y se autoriza cuando la rehabilitación definitiva tiene que diferirse por un motivo justificado ante el Banco, y ese periodo deba extenderse por más de 90 días. Se autoriza en una sola ocasión por cada corona definitiva.

4.5.2 Corona definitiva

Se recomienda principalmente cuando los pilares presentan destrucción importante de su corona natural y se han agotado otras posibilidades de restauración, su resistencia se encuentra disminuida o cuando existe la necesidad de cambiar la morfología por razones funcionales.

La elección del tipo de corona es responsabilidad del odontólogo tratante.

Las coronas definitivas que el Banco autoriza son:

- Corona metal porcelana
- Corona total en metal albacast

Sólo se autorizan hasta 3 unidades continuas o separadas a odontólogo general y odontogeriatra; en caso de necesitar más se remitirá con especialista en prótesis bucal.

4.5.3 Corona metal porcelana

La corona metal porcelana sustituye la corona natural del diente, está indicada cuando se requiere restauración definitiva en cualquier órgano dentario.

Sólo se autoriza el cambio de porcelana en este tipo de coronas 12 meses después de haberse colocado.

Unicamente se autorizan hasta 3 unidades continuas o separadas a odontólogo general y odontogeriatra; en caso de necesitar más se remitirá con especialista en prótesis bucal.

4.5.4 Corona total en metal albacast

La corona total en metal albacast sustituye la corona natural del diente, está indicada cuando se requiere restauración definitiva de órganos dentarios posteriores.

4.5.5 Recementado de corona

El recementado de coronas debe hacerse por el odontólogo tratante. Se recomienda acudir durante los siete días siguientes al desprendimiento de la restauración, a fin de evitar la alteración de la preparación del diente afectado.

Si durante los citados siete días el odontólogo tratante no se encontrara disponible, el recementado podrá realizarlo otro odontólogo del Directorio Medico del Banco.

4.5.6 Aditamento de semipresición

Se autoriza cuando se realiza un trabajo de prótesis fija o removible, los cuales requieren algún tipo de rompiefuerzas.

Tabla 5
Resumen de criterios aplicables a prótesis fija

Tipo de prótesis fija	Especialidad que lo puede realizar	Autorización a Derechohabientes	Periodicidad y/o garantía para tratamiento
Corona provisional	- Odontología general - Prótesis - Odontogeriatría	Titular	Por única vez por cada corona definitiva
Corona de policarbonato	- Odontología general - Prótesis - Odontogeriatría	Titular	Por única vez por cada corona definitiva
Corona deacrílico procesado (jacket)	- Odontología general - Prótesis Odontogeriatría	Titular	Por única vez cuando la rehabilitación definitiva deba extenderse por más de 90 días
Corona de metal porcelana	- Odontología general - Prótesis Odontogeriatría	Titular	Se autoriza una vez cada cinco años
Corona total en metal albacast	- Odontología general - Prótesis - Odontogeriatría	Titular	Se autoriza una vez cada cinco años
Recementado de corona	- Odontología general - Prótesis - Odontogeriatría	Titular	Se autoriza después de un año de haberse colocado la corona
Aditamento de semipresición	- Odontología general - Prótesis - Odontogeriatría	Titular	Se autoriza una vez cada cinco años
Retiro de corona	- Odontología General - Prótesis bucal - Odontogeriatría	Titular	Se autoriza después de un año de haberse colocado siempre y cuando se realice un tratamiento de conductos

4.6 REPARACIONES

4.6.1 Reposición deacrílica

Se autoriza después de un año de haberse colocado la prótesis.

4.6.2 Reposición de gancho

Se autoriza después de un año de haberse colocado la prótesis, en caso de fractura del mismo.

4.6.3 Reparación de barra palatina o lingual

Se autoriza después de un año de haberse colocado la prótesis.

4.6.4 Rebase total

Se autoriza después de un año de haber sido colocada la prótesis total. En el caso de que el derechohabiente sufra de una enfermedad sistémica que afecte la estructura ósea, puede repetirse cada seis meses; informando al servicio médico la condición sistémica del paciente.

4.6.5 Refuerzo o malla metálica

Se autoriza cuando la base acrílica debe ser reforzada con la finalidad de brindar resistencia a la prótesis total.

4.6.6 Reparación de prótesis parcial de metal acrílico

Se autoriza después de un año de haberse colocado la prótesis.

4.6.7 Reparación por fractura de placa total

Se podrá autorizar por fractura accidental durante la garantía de la prótesis (sesenta meses).

4.6.8 Reparación por fractura de porcelana

Se podrá autorizar después de doce meses de haberse colocado la corona, por fractura accidental durante la garantía de la prótesis (sesenta meses).

Tabla 6
Resumen de criterios aplicables a reparaciones

Tipo de tratamiento	Especialidad que lo puede realizar	Autorización a Derechohabientes	Periodicidad y/o garantía para tratamiento
Reposición de acrílica	- Odontología general - Prótesis - Odontogeriatría	Titular	En una sola ocasión por cada área protésica
Reposición de gancho	- Odontología general - Prótesis - Odontogeriatría	Titular	En una sola ocasión por cada área protésica
Reparación de barra palatina o lingual	- Odontología general - Prótesis Odontogeriatría	Titular	En una sola ocasión por cada área protésica
Rebase total	- Odontología general - Prótesis Odontogeriatría	Titular	En una sola ocasión (por cada prótesis autorizada) o cada 6 meses si por las condiciones sistémicas del paciente se requiere
Refuerzo o malla metálica	- Odontología general - Prótesis - Odontogeriatría	Titular	En una sola ocasión por cada prótesis
Reparación de prótesis parcial de metal acrílico	- Odontología general - Prótesis - Odontogeriatría	Titular	En una sola ocasión
Reparación por fractura de placa total	- Odontología general - Prótesis - Odontogeriatría	Titular	En una sola ocasión
Reparación por fractura de porcelana	- Odontología general - Prótesis - Odontogeriatría	Titular	En una sola ocasión, al año de haberse colocado

4.7 ENDODONCIA

Los pacientes con indicación de tratamiento de conductos (endodoncia), deben acudir de inmediato al especialista en endodoncia, a fin de evitar infección, fractura del diente afectado u otros trastornos que imposibilitarían el buen éxito de dicho tratamiento. Asimismo, una vez terminado el tratamiento, deben acudir con su odontólogo tratante para la rehabilitación complementaria, en un periodo no mayor a siete días, con la finalidad de evitar la exposición y consecuente contaminación del o los conductos y el fracaso del tratamiento endodóntico.

4.7.1 Apexificación y apicoformación

Se autoriza en dientes permanentes jóvenes que presentan alguna afección pulpar y que no han terminado el cierre del ápice o su formación radicular.

4.7.2 Tratamiento de conductos

Comprende la pulpectomía, conductometría, trabajo mecánico y obturación de conductos.

Se autoriza en los casos de afección irreversible de la pulpa, así como en lesiones periapicales del tipo de la periodontitis apical, abscesos o quistes.

El tratamiento de conductos deberá realizarse por el especialista en endodoncia, en los dientes permanentes, y por el odontopediatra en dientes temporales y dientes anteriores permanentes.

La autorización de tratamientos endodónticos se otorga previa valoración radiográfica.

Se autorizan cuatro radiografías periapicales por cada tratamiento.

Al término del tratamiento de conductos el especialista deberá informar al derechohabiente sobre la importancia de concluir su rehabilitación de dicho órgano dentario.

4.7.3 Retratamiento de conductos

Consiste en la desobturación y nuevo tratamiento de conductos radiculares. En estos casos, el paciente debe acudir con el endodoncista que realizó el tratamiento previamente autorizado por el Banco durante la garantía del mismo.

Cuando el tratamiento de endodoncia previo fue realizado por un especialista no incluido en el Directorio Médico del Banco y éste ha fracasado, se autoriza la desobturación de conductos y, adicionalmente el nuevo tratamiento de conductos.

Se autorizan cinco radiografías periapicales por tratamiento.

4.7.4 Retiro de endoposte, instrumento, espiga o tornillo intrarradiculares

Se autoriza cuando se requiere eliminar cualquiera de estos elementos de los conductos radiculares, a efecto de preparar una nueva restauración o para realizar un retratamiento endodóntico.

4.7.5 Desobturación de conducto para endoposte

Se autoriza en una sola ocasión por cada diente, a efecto de preparar el órgano dentario para recibir el endoposte. Este tratamiento solo se autoriza al especialista en endodoncia bajo la indicación del odontólogo restaurador.

En caso de que el tratamiento de conductos haya sido realizado por el mismo especialista que solicita la desobturación se autorizará únicamente el procedimiento y una radiografía, en caso de ser un especialista diferente se autorizarán dos radiografías.

4.7.6 Apicectomía

Se autoriza en los casos de dientes tratados endodónticamente en los que persiste lesión periapical (en obturaciones radiculares cortas o sobre obturaciones, las cuales tienen restos protésicos que no permiten repetir el tratamiento de conductos; dilaceraciones radiculares; dientes en relación con neoplasias, etc.) Debe realizarse por el endodoncista, o bien, por el cirujano maxilofacial.

Todos los casos deben valorarse, previo estudio radiográfico.

Las complicaciones trans y postoperatorias que se presenten, deberán solucionarse por el odontólogo tratante, sin costo alguno para el Banco.

4.7.7 Blanqueamiento por diente

Se autoriza por cada diente tratado endodónticamente y que ha sufrido pigmentación, siempre que se trate de dientes anteriores y premolares.

Tabla 7
Resumen de criterios aplicables a endodoncia

Tipo de tratamiento	Especialidad que lo puede realizar	Autorización a Derechohabientes	Periodicidad y/o garantía para tratamiento
Apexificación y apicoformación	- Endodoncia - Odontopediatría	Hijo (a)	Por única vez por cada órgano dental que sea tratado
Tratamiento de conductos	- Endodoncia - Odontopediatría	Titular y familiares	Se autoriza una vez cada cinco años por cada órgano dental que sea tratado
Retratamiento de conductos	Endodoncia	Titular y familiares	Por única vez y después de 5 años de haberse realizado la endodoncia
Retiro de endoposte, instrumento, espiga o tornillo intrarradiculares	Endodoncia	Titular y familiares	Por única vez y después de 5 años de haberse colocado el endoposte
Desobturación de conducto para endoposte	- Endodoncia	Titular y familiares	Por única vez para cada tratamiento de conductos
Apicectomía	- Endodoncia - Cirugía maxilofacial - Parodoncia	Titular y familiares	Se autoriza por única ocasión
Blanqueamiento por diente	- Endodoncia	Titular y familiares	Se autoriza por única ocasión

4.8 PERIODONCIA

4.8.1 Curetaje cerrado total

Se autoriza para el tratamiento de padecimientos parodontales que no pueden ser resueltos con profilaxis.

El curetaje cerrado total se autoriza cuando existen bolsas periodontales de poca profundidad. (Menos de 3 mm). Este procedimiento se puede realizar máximo dos veces año calendario y no requiere autorización previa.

4.8.2 Curetaje cerrado por órgano dentario

El curetaje cerrado por órgano dentario, se autoriza cuando existen bolsas parodontales de poca profundidad (menos de 3 mm). Este procedimiento se puede realizar máximo dos veces año calendario y no requiere autorización previa.

4.8.3 Mantenimiento periodontal

Se autoriza posterior al tratamiento parodontal quirúrgico, para mantener en condiciones de salud los tejidos de soporte de los órganos dentarios, mediante el curetaje cerrado total. Este procedimiento se puede realizar máximo dos veces año calendario y no requiere autorización previa.

4.8.4 Curetaje abierto por cuadrante

El curetaje abierto por cuadrante se autoriza cuando existen bolsas parodontales profundas (más de 4 mm.).

El odontólogo tratante deberá especificar la profundidad de las bolsas parodontales mediante el periodontograma y enviar las radiografías al momento de solicitar la autorización de este tratamiento.

En pacientes con áreas edentulas amplias se autoriza el 50% de la tarifa establecida.

4.8.5 Curetaje abierto por órgano dentario

El curetaje abierto por órgano dentario se autoriza una sola ocasión cuando existen bolsas parodontales profundas (más de 4 mm.).

El odontólogo tratante deberá especificar la profundidad de las bolsas parodontales mediante el periodontograma y enviar las radiografías al momento de solicitar la autorización de este tratamiento.

4.8.6 Tratamiento periodontal quirúrgico por cuadrante

Se autoriza mediante la presentación de serie radiográfica periapical completa, informe que contenga el diagnóstico, plan de tratamiento, pronóstico y rehabilitación protésica sugerida y, a juicio del odontólogo evaluador, la revisión clínica del enfermo.

Se indica en casos de enfermedad parodontal avanzada, en donde existe destrucción ósea importante del proceso alveolar y movilidad dentaria.

El tratamiento debe incluir: técnicas de cepillado, curetaje cerrado y abierto, acompañado de informe del diagnóstico y pronóstico de los órganos dentarios presentes en cavidad.

El tratamiento quirúrgico periodontal comprende:

Diagnóstico: Mediante la ficha periodontal para identificar la existencia de movilidad, daño en furca, tipo de lesiones óseas, daño en mucosa, nivel óseo, niveles de inserción, recesión gingival, depósitos de tártaro, inflamación y sangrado de encías.

Fase 1: Control de placa, profilaxis, raspado y alisado, curetaje cerrado y ferulización. Al término de esta fase se revalora la evolución, a fin de determinar el inicio de la fase II.

Fase II: Quirúrgica, curetaje abierto y cerrado, cirugía mucogingival, a fin de favorecer el proceso de regeneración ósea y nueva inserción.

Fase III: Mantenimiento periódico con control de placa y sondeo para evaluar los niveles de inserción.

En la enfermedad periodontal, el principal riesgo es la recidiva cuando el paciente descuida la higiene dental y no asiste periódicamente con el periodoncista para su mantenimiento, siendo mayor dicho riesgo cuando la enfermedad coexiste con otro padecimiento sistémico, como la diabetes.

Por lo expuesto en el párrafo inmediato anterior, el paciente al que se le autorizo este tratamiento, estará bajo la responsabilidad del especialista en periodoncia, quien deberá establecer controles periódicos para practicarle procedimientos simples de rutina (mantenimiento periodontal) e informar oportunamente al Servicio Médico del Banco, si el paciente no asiste regularmente a dichos controles.

Después del tratamiento inicial, se autoriza el mantenimiento periodontal cada seis meses.

4.8.7 Barreras para regeneración periodontal

Se autoriza en una sola ocasión por cada región afectada. Es un procedimiento mediante el cual se aplican diversos materiales que favorecen la inserción gingival el diente y la regeneración ósea.

4.8.8 Injerto óseo

Se autoriza en una sola ocasión por cada región afectada. Es un procedimiento que sustituye la pérdida de hueso y corrige el defecto óseo alrededor de los órganos dentarios viables para este procedimiento.

4.8.9 Injerto gingival

Se autoriza en una sola ocasión. Se indica para restituir tejido gingival perdido por diversas causas, previa valoración clínica y fotográfica. La función del injerto es sustituir encía insertada en donde se ha perdido por recesiones (exposición radicular) y por problemas parodontales.

Consiste en el traslado de una porción de tejido afín a la encía, al sitio que requiere el tratamiento.

En caso de fracaso del injerto, el tratamiento deberá repetirse sin costo para el Banco o para el paciente, de acuerdo a la evaluación que efectúe el Servicio Médico del Banco.

4.8.10 Ferulización por cuadrante

Se autoriza para la estabilización de dientes que presentan movilidad grado 2 a 3 con materiales como resina y alambre, con la finalidad de que el diente este en armonía oclusal. Incluye de 1 a 6 órganos dentarios.

4.8.11 Tratamiento de pericoronitis

Este se autoriza por única ocasión, a fin de tratar el proceso inflamatorio que provoca el tercer molar incluido o en proceso de erupción.

4.8.12 Alargamiento de corona

El alargamiento de corona se autoriza en una sola ocasión por cada restauración definitiva para eliminar tejido cuando el órgano dentario ha perdido estructura por debajo de la inserción de la encía y, asimismo, para lograr un sellado adecuado de la restauración. (Endoposte, corona, incrustación, amalgama o resina).

4.8.13 Curetaje periapical

Se autoriza para el tratamiento de lesiones periapicales crónicas complicadas que no responden al tratamiento endodóntico convencional. Dependiendo de las condiciones clínicas de la raíz podrá autorizarse adicionalmente la apicectomía.

4.8.14 Reparación quirúrgica de raíz dental perforada

Se autoriza en dientes que presentan perforación en algún punto de su raíz o del piso de la cámara pulpar, como consecuencia de caries recurrente o por complicación derivada del tratamiento odontológico.

Tabla 8
Resumen de criterios aplicables a periodoncia

Tipo de tratamiento	Especialidad que lo puede realizar	Autorización a Derechohabientes	Periodicidad y/o garantía para tratamiento
Curetaje cerrado total	- Odontología general - Parodoncia - Prótesis - Odontogeriatría - Odontopediatría	Titular y familiares	Se autoriza dos veces año calendario
Curetaje cerrado por órgano dentario	- Odontología general - Parodoncia - Prótesis - Odontogeriatría - Odontopediatría	Titular y familiares	Se autoriza cada seis meses, hasta 4 órganos dentarios
Mantenimiento periodontal	Parodoncia	Titular y familiares	Se autoriza dos veces año calendario
Curetaje abierto por cuadrante	Parodoncia	Titular y familiares	Se autoriza cada cinco años
Curetaje abierto por órgano dentario	- Parodoncia - Cirugía maxilofacial - Patología Bucal	Titular y familiares	Se autoriza cada cinco años
Tratamiento periodontal quirúrgico por cuadrante	- Parodoncia	Titular y familiares	Se autoriza cada cinco años
Barreras para regeneración periodontal	- Parodoncia	Titular	Se autoriza por única ocasión
Injerto óseo	- Parodoncia	Titular	Se autoriza por única ocasión
Injerto gingival	- Parodoncia	Titular	Se autoriza por única ocasión
Ferulización por cuadrante	- Todas	Titular y familiares	Se autoriza cada tres años
Tratamiento de pericoronitis	- Todas	Titular y familiares	Se autoriza por única ocasión
Alargamiento de corona	- Todas	Titular y familiares	Se autoriza por única ocasión
Curetaje periapical	- Cirugía maxilofacial - Endodoncia - Parodoncia	Titular y familiares	Se autoriza por única ocasión
Reparación quirúrgica de raíz dental perforada	- Endodoncia - Parodoncia	Titular y familiares	Se autoriza por única ocasión

4.9 CIRUGÍA MUCOGINGIVAL

Es el procedimiento para restaurar la función de inserción de la encía (gingival), incluye injertos gingivales, gingivectomía, gingivoplastía y frenilectomía.

4.9.1 Gingivoplastía

Se autoriza por cuadrante. Consiste en la modificación quirúrgica de los rebordes gingivales, a fin de eliminar el tejido gingival hipertrófico.

4.9.2 Frenilectomía

Se autoriza en una sola ocasión. Consiste en la sección o eliminación quirúrgica de los frenillos, ya sea el labial, vestibular o lingual. Está indicada en el vestibular y labial cuando estos favorecen la formación de diastemas (separación de los dientes), también cuando dificultan la adaptación de una prótesis. En el lingual se indica cuando este dificulta la fonación o la adaptación de las prótesis.

Tabla 9
Resumen de criterios aplicables a cirugía mucogingival

Tipo de cirugía	Especialidad que lo puede realizar	Autorización a Derechohabientes	Periodicidad y/o garantía para tratamiento
Cirugía Mucogingival	- Cirugía maxilofacial - Parodencia	Titular y familiares	Se autoriza por única ocasión
Gingivoplastía	- Cirugía maxilofacial - Parodencia	Titular y familiares	Se autoriza por única ocasión
Frenilectomía	- Cirugía maxilofacial - Parodencia	Titular y familiares	Se autoriza por única ocasión

4.10 CIRUGÍA MENOR

4.10.1 Debridación de absceso

Se autoriza cuando existe la presencia de absceso endodóntico o periodontal.

4.10.2 Drenaje de absceso por vía extraoral (pen rose).

Se autoriza en absceso de la cavidad oral complicado con celulitis, en los que a juicio del odontólogo, se requiera este tipo de drenaje.

Tabla 10
Resumen de criterios aplicables a cirugía menor

Tipo de cirugía	Especialidad que lo puede realizar	Autorización a Derechohabientes	Periodicidad y/o garantía para tratamiento
Debridación de absceso	- Todas	Titular y familiares	Se autoriza por única ocasión
Drenaje de absceso por vía extraoral (pen rose)	- Cirugía maxilofacial - Patología bucal	Titular y familiares	Se autoriza por única ocasión

4.11 CIRUGÍA MAXILOFACIAL

4.11.1 Extracción sencilla.

Se autoriza en órganos dentarios que presentan destrucción irreversible en los que se han agotado las posibilidades de restauración o preservación por cualquier método conocido.

También se autoriza cuando el diente temporal obstruye la libre erupción del permanente.

Cuando se solicita en primero y segundo premolares, con la finalidad de evitar apiñamiento dental, la responsabilidad de la indicación de este tratamiento recae exclusivamente en el odontólogo tratante. Y se solicitará la autorización por escrito por parte de los padres.

Las complicaciones como alveolitis, abscesos, hemorragias, entre otras, deberán resolverse por el odontólogo tratante, sin costo para el Banco.

4.11.2 Extracción de órgano dentario incluido.

Se autoriza en los casos en que existen dientes que no han erupcionado (terceros molares no erupcionados, retenidos, incluidos, impactados y debilitados por tratamientos previos, así como caninos retenidos y dientes supernumerarios). El tratamiento debe realizarlo, exclusivamente, el cirujano maxilofacial.

Las complicaciones que se presenten deberán resolverse por el cirujano sin costo para la Institución.

La autorización de la extracción de órgano dentario incluido se otorga previa valoración radiográfica realizada por servicio médico del banco de México.

4.11.3 Extracción quirúrgica

Se autoriza cuando no es posible conservar los dientes por otros métodos, pero que además presentan anomalías radiculares (divergencia, curvaturas, hipercementosis, tratamiento previo de conducto, etc.) y debe realizarse por el especialista en cirugía maxilofacial.

Las complicaciones que surjan deberán resolverse por el odontólogo tratante, sin costo alguno para el Banco.

La autorización de la extracción quirúrgica se otorga previa valoración radiográfica realizada por servicio médico del banco de México.

4.11.4 Odontectomía por disección

Se autoriza en extracciones en las que existe la necesidad de dividir el diente a extraer. Las complicaciones que surjan deberán resolverse por el odontólogo, sin costo alguno para el Banco.

La autorización de la odontectomía por disección se otorga previa valoración radiográfica realizada por servicio médico del Banco de México.

4.11.5 Hemisección

Se autoriza en los casos en que se requiere conservar un órgano dentario, cuando existe patología periapical o periodontal en una de sus raíces, consiste en la sección de dicho órgano dentario, para extraer la raíz afectada y conservar las que se encuentren sin patología y que reúnan las características necesarias para ser restauradas. Antes y después de la hemisección el derechohabiente deberá ser remitido al parodontista, a fin de que se establezca el pronóstico de las raíces. La rehabilitación de las raíces funcionales deberá hacerse por el especialista en prótesis.

4.11.6 Enucleación neoplásica

Cuando se detecte la presencia de una neoplasia, debe remitirse al patólogo bucal para diagnóstico diferencial y determinar tratamiento a seguir, remitiendo con especialista indicado.

4.11.7 Alveolectomía o alveoloplastia.

Se autoriza en una sola ocasión por cuadrante, en extracciones múltiples con fines protésicos, en procesos alveolares irregulares o en exostosis. Deberá realizarse por especialista en cirugía maxilofacial o parodontista, en coordinación con el protesista tratante.

Las complicaciones que surjan deberán resolverse por el odontólogo, sin costo alguno para el Banco.

4.11.8 Debridación de absceso por vía extraoral

Se autoriza para tratamiento de abscesos que afectan maxilares y mandíbula.

Tabla 11
Resumen de criterios aplicables a cirugía maxilofacial

Tipo de cirugía	Especialidad que lo puede realizar	Autorización a Derechohabientes	Periodicidad y/o garantía para tratamiento
Extracción sencilla	- Todas	Titular y familiares	Se autoriza por única ocasión
Extracción de diente incluido	- Cirugía maxilofacial - Patología bucal (si coincide con lesión o neoplasia)	Titular y familiares	Se autoriza por única ocasión
Extracción quirúrgica	- Cirugía maxilofacial	Titular y familiares	Se autoriza por única ocasión
Odontectomía por disección	- Todas	Titular y familiares	Se autoriza por única ocasión
Hemisección	- Cirugía maxilofacial - Parodoncia - Endodoncia	Titular y familiares	Se autoriza por única ocasión
Enucleación neoplásica	- Cirugía maxilofacial - Parodoncia - Patología bucal	Titular y familiares	Se autoriza por única ocasión
Alveolectomía o alveoloplastía	- Cirugía maxilofacial - Parodoncia	Titular y familiares	Se autoriza por única ocasión
Debridación de absceso por vía extraoral	- Cirugía maxilofacial - Parodoncia	Titular y familiares	Se autoriza por única ocasión

4.12 ODONTOPEDIATRÍA

4.12.1 Corona de acero-cromo

Se autoriza en órganos dentarios temporales, tanto anteriores como posteriores, los cuales presentan amplia destrucción de su corona natural o que han sido tratados endodónticamente.

4.12.2 Pulpotomía

Se autoriza en una sola ocasión en dientes temporales que presentan alguna afección pulpar.

4.12.3 Ventana ósea.

Este se autoriza por única ocasión, cuando el órgano dentario no puede erupcionar, debido a fibrosis del tejido blando que lo cubre.

Tabla 12
Resumen de criterios aplicables a odontopediatría

Tipo de tratamiento	Especialidad que lo puede realizar	Autorización a Derechohabientes	Periodicidad y/o garantía para tratamiento
Corona de acero cromo	- Odontopediatría	Hijo (a)	Se autoriza por única ocasión
Pulpotomía	- Odontopediatría	Hijo (a)	Se autoriza por única ocasión
Ventana ósea	- Cirugía Maxilofacial - Parodoncia - Odontopediatría	Hijo (a)	Se autoriza por única ocasión

4.13 TRATAMIENTOS PARA TRASTORNOS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM)

4.13.1 Guarda oclusal

Se autoriza cuando se presentan problemas de articulación temporomandibular, así como en casos de bruxismo, bricomanía o cuando haya necesidad de recuperar la dimensión vertical perdida de la boca. Para este tratamiento podrá utilizarse material rígido, semirrígido o suave, dependiendo de la patología de cada paciente. Este procedimiento no requiere autorización previa.

4.13.2 Ajuste oclusal total

Se autoriza cuando existen alteraciones de la articulación temporomandibular, debiendo realizarse después de concluida la rehabilitación.

Tabla 13
Resumen de criterios aplicables a trastornos de articulación temporomandibular

Tipo de tratamiento	Especialidad que lo puede realizar	Autorización a Derechohabientes	Periodicidad y/o garantía para tratamiento
Guarda oclusal	- Prótesis - Cirugía maxilofacial	Todos	Se autoriza una vez por año calendario
Ajuste oclusal total	- Prótesis	Titular	Se autoriza por única ocasión por cada rehabilitación protésica

4.13.3 Patología Bucal

Se autoriza para identificar y tratar las alteraciones y enfermedades localizadas en la cavidad oral, maxilar, mandíbula y órganos dentarios (comprendiendo todas las estructuras que lo conforman), así como las relaciones que estas guardan con problemas sistémicos.

- 1) Cultivo de patología bucal
- 2) Estudio inmunológico inmunofluorescencia
- 3) Interpretación de estudio histopatológico normal
- 4) Método de azul de toluidina
- 5) Toma de biopsia bucal
- 6) Toma e interpretación de frotis bucal (citología exfoliativa).

Tabla 14
Resumen de criterios aplicables a patología bucal

Tipo de tratamiento	Especialidad que lo puede realizar	Autorización a Derechohabientes	Periodicidad y/o garantía para tratamiento
Cultivo de patología bucal	- Patólogo Bucal	Todos	Cuando se requiera y se emita una justificación por el especialista
Estudio inmunológico inmunofluorescencia	- Patólogo Bucal	Todos	Cuando se requiera y se emita una justificación por el especialista
Interpretación de estudio histopatológico normal	- Patólogo Bucal	Todos	Cuando se requiera y se emita una justificación por el especialista
Método de azul de toluidina	- Patólogo Bucal	Todos	Cuando se requiera y se emita una justificación por el especialista
Toma de biopsia bucal	- Patólogo Bucal - Cirujano Maxilofacial	Todos	Cuando se requiera y se emita una justificación por el especialista
Toma e interpretación de frotis bucal (citología exfoliativa)	- Patología Bucal	Todos	Cuando se requiera y se emita una justificación por el especialista

4.14 ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO EN ODONTOLOGÍA

4.14.1 Radiografías

a) Radiografía Periapical.

Se autoriza para detección de patología localizada, extracciones, así como para rehabilitación.

En caso de radiografías de control de tratamiento, solo se autorizan hasta 4 por año calendario. Estas no requieren autorización previa.

b) Radiografía aleta de mordida

Se autoriza para fines de detección de alteraciones a nivel de la corona anatómica del diente.

En caso de radiografías de control de tratamiento, solo se autorizan hasta 4 por año calendario. Estas no requieren autorización previa.

c) Radiografía oclusal.

Se autoriza para fines de detección de cálculos en conductos salivales submaxilares, para corroborar fracturas dentoalveolares, así como quistes, neoplasias y dientes incluidos. Es requisito obligatorio para la autorización de las mismas presentarlas.

En caso de radiografías de control de tratamiento, solo se autorizan una vez por año calendario.

d) Serie radiográfica periapical.

Se autoriza con fines de detección o para corroborar problemas parodontales, así como para controles de rehabilitaciones extensas y como instrumento de diagnóstico en todos los pacientes. Consta de 10 a 14 radiografías. Es requisito obligatorio para la autorización de las mismas presentarlas.

e) Ortopantomografía o radiografía panorámica.

Se autoriza para la detección de alteraciones neoplásicas o traumáticas en los maxilares, así como en el caso de dientes incluidos y también para controles que indique el Servicio Médico del Banco.

No se autoriza con fines de cirugía estética u ortodoncia.

Esta la indican en formulario de Consulta Externa, si requiere autorización.

f) Radiografías de cráneo.

Se autoriza para la detección de alteraciones neoplásicas o traumáticas, a nivel de maxilares.

No se autoriza con fines de cirugía estética u ortodoncia.

Esta la indican en formulario de Consulta Externa, no requiere autorización.

Tabla 14
Resumen de criterios aplicables a elementos de diagnóstico

Tipo de estudio	Especialidad que lo puede realizar	Autorización a Derechohabientes	Periodicidad y/o garantía para tratamiento
Radiografía Periapical	- Todas	Titular y familiares	Cuando se requieran. En caso de radiografías de control de tratamiento, solo se autorizan hasta 4 por año calendario a odontólogo general, odontopediatra, odontogeriatra y parodontista; excepto para las especialidades en cirugía maxilofacial, prótesis bucal y endodoncia; en este caso el número de radiografías se autoriza de acuerdo a su requerimiento.
Radiografía aleta de mordida	- Todas	Titular y familiares	Cuando se requieran. En caso de radiografías de control de tratamiento, solo se autorizan hasta 4 por año calendario a odontólogo general, odontopediatra, odontogeriatra y parodontista; excepto para las especialidades en cirugía maxilofacial, prótesis bucal y endodoncia; en este caso el número de radiografías se autoriza de acuerdo a su requerimiento.
Radiografía oclusal	- Todas	Titular y familiares	Cuando se requieran. En caso de radiografías de control de tratamiento, solo se autorizan una vez por año calendario.
Serie radiográfica periapical	- Parodoncia - Prótesis Bucal	Titular y familiares	Cuando existan problemas parodontales así como para controles de rehabilitaciones extensas
Ortopantomografía o radiografía panorámica	- Cirujano Maxilofacial	Titular y familiares	Cuando existan alteraciones neoplásicas o traumáticas en los maxilares, así como en el caso de dientes incluidos
Radiografías de cráneo	- Cirujano Maxilofacial	Titular y familiares	Cuando se detecten alteraciones neoplásicas o traumáticas, a nivel de maxilares.



BANCO DE MÉXICO

www.banxico.org.mx