**37 – O.S.P.I.L. Obra Social del Pers. de la Ind. Lechera**

### Vigencia 06/1995

**Actualización: 01/08/2021**

**Deleg. Salta**: **Domicilio**: Alvarado 521 Of. D - 🖀Tel. / Fax: (0387) 431-2322 de 17 a 20 Hs.

**✍ IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:** Credencial de Afiliado y DNI.

**✍ FORMA DE ATENCIÓN**: Sin autorización previa. El afiliado retira la ficha propia en OSPIL y se completa.

**✍ TIENE BONO DE CONSULTA.** Presentar con odontograma y fichado completo**. También puede consignarse el código 01.01 directamente en ficha, (cada 12 meses)** cuenta en el tope mensual.

**✍ CANTIDAD DE PRESTACIONES**: **Un (1)** código COVID (01.19) mas **Dos (2) prestaciones por ficha, la consulta cuenta en el tope.** Si el tratamiento requiere mayor cantidad de prácticas, podrá enviarse a autorizar una nueva ficha una vez finalizados los trabajos solicitados en la anterior.

**✍ PRESTACIONES RECONOCIDAS:** Todas aquellas que se encuentrancodificadas y aranceladas en el presente Instructivo**.** Las que no están incluidas se consideran prestacionesparticulares, no nomencladas.

**✍ OPERATORIA DENTAL: Se reconocen hasta dos códigos por elemento. Garantías: 24 meses para piezas permanentes, y 12 meses para piezas temporarias.**

**✍ PADRÓN DE PRESTADORES**: **Padrón Único** de Prestadores que atienden a valores pactados. **Sin Cobro de diferencias** para prácticas nomencladas.

##### NOMENCLADOR

|  |  |
| --- | --- |
| **Código** | **Práctica** |
| **Cap. I** | **Consultas** |
| **01.01** | Consulta. Examen. Fichado y Plan de tratamiento. |
| **01.04** | Consulta de Urgencia. Indicar Motivo. |
| **01.19** | Código de Bioseguridad COVID |
| **Cap. II** | **Operatoria Dental- un código por elemento.** |
| **02.01** | Obturación con amalgama en cavidad simple. |
| **02.02** | Amalgama cavidad compuesta o compleja. |
| **02.04** | Reconstrucción con tornillo en conducto (C/ Rx post) |
| **02.08** | Fotocurado en sector anterior y Vestibular de 1º premol. |
| **02.09** | Reconstrucción de ángulo en dientes anteriores. |
|  |  |
| **Cap. III** | **Endodoncia** (Por patología + 3 Rxs). |
| **03.01** | Tratamiento Inflamatorio Pulpar en **Unirradiculares.** |
| **03.02** | Tratamiento Inflamatorio Pulpar en **Multirradiculares.** |
| **03.05** | Biopulpectomía parcial en permanentes (+ 2 Rxs). |
| **03.06** | Necropulpectomía – Momificación (+ 2 Rxs).  |
|  |  |
| **Cap. V** | **Prevención** |
| **05.01** | Tartrectomía y cepillado mecánico.  |
| **05.02** | Topicación con Flúor. C/ 6 meses. Hasta los 18 años. |
| **Código** | **Descripción** |
| **Cap. V** | **Prevención** |
| **05.04** | Enseñanza de técnicas de higiene oral. Detección y control de placa bacteriana. |
| **05.05** | Sellantes en premolares y molares permanentes sanos. |
|  |  |
| **Cap. VII** | **Odontopediatría** |
| **07.01** | Motivación, hasta los 13 años. Incluye hasta tres visitas. |
| **07.04** | Formocresol en dientes Primarios. Con Rx post. |
|  |  |
| **Cap. VIII** | **Periodoncia** |
| **08.01** | Consulta Periodontal con fichado completo.  |
| **08.02** | Tratam. de Gingivitis marginal crónica. Uno ambas arc. |
| **08.03** | Periodontitis destructiva leve / moderada. Por sector \* |
| **08.04** | Periodontitis grave /severa. Por sector \* |
|  | (\*) : *hasta seis sectores* |
|  |  |
| **Cap. IX** | **Radiología** |
| **09.01.01** | Periapical cono corto / largo |
| **09.01.02** | Bite Wing. |
| **09.01.03** | Oclusal 6 x 8 cm. |
| **09.01.04** | Rx Media Seriada de 5 a 7 películas |
| **09.01.05** | Seriada de 8 a 14 películas |
| **09.02.04** | Pantomografía. Rx Panorámica. |
| **09.02.05** | Telerradiografía Cefalométrica. |
|  |  |
| **Cap. X** | **Cirugía** ( No incluye Rxs, facturar por separado ) |
| **10.01** | Extracción Dentaria Simple |
| **10.02** | Plástica de comunicación Buco-sinusal. |
| **10.03** | Biopsia por punción o aspiración. |
| **10.04** | Alveolectomía estabilizadora por zona. |
| **10.05** | Reimplante Dentario inmediato al traumatismo.  |
| **10.06** | Incisión y drenaje de abscesos. |
| **10.07** | Biopsia por escisión. |
| **10.08** | Alargamiento Quirúrgico de la Corona Clínica. |
| **10.09** | Extracción de Dientes Retenidos o Restos Radiculares con Retención ósea. Con Rxs pre y post. |
| **10.10** | Germectomía. Con Rxs pre y post. |
| **10.11** | Liberación de dientes retenidos. Con Rx pre. |
| **10.12** | Apicectomía. Con Rxs pre y post. |
| **10.13** | Tratamiento de Osteomielitis. |
| **10.14** | Extracción de cuerpo extraño. |
| **10.15** | Alveolectomía correctiva por zona (6 zonas). |

**37 – OSPIL – Pers. de la Ind. Lechera**