

165 – MEP LIFE SALUD

Vigencia: 01-04-2016.

Domicilio: Av. Belgrano 769, 1° piso - Salta - Tel. Fax. (0387) 422-5973; 431-1158

Vigencia: 01/08/2021

✍ **Identificación del Afiliado:** Credencial y DNI.

✍ **Forma de Atención:** Salta Capital: con autorización previa en oficina de la obra social. En el interior de la provincia enviar la foto de la ficha por **Whatsapp** al número **03874194785**. La obra social enviará el mensaje de autorización, indicando el co-seguro que debe abonar el afiliado en consultorio.

✍ **Cantidad de prácticas mensuales:** Un (1) código COVID (01.19) + dos (2) prestaciones mensuales. No se consideran las consultas, ni las Rxs demostrativas de prácticas. Las excepciones serán analizadas por la Auditoría.

Consulta (01.01) una cada 6 meses.

✍ **Normas Técnicas:** Para todas las prácticas nomencladas regirán las normas de trabajo que se encuentren vigentes con la obra social provincial (I.P.S.S.).

✍ **Plazo de Validez de las Fichas:** 60 días de validez para facturar una vez autorizadas.

✍ **Ampliación de Cobertura:** prótesis, ortodoncia, implantes, cirugía compleja. % de cobertura y modalidad de atención sujeto al Plan contratado por el afiliado.

✍ **Padrones Diferenciados de Prestadores:**

Padrón "A": conformado por profesionales que atienden a valores pactados, **sin cobro de diferencias para prácticas nomencladas.**

Padrón "B": Profesionales que **podrán cobrar arancel diferenciado**, a convenir directamente con el paciente.

NOMENCLADOR

| Código | Descripción – Normas Particulares |
|-----------------|--|
| Cap. I | CONSULTAS |
| 01.01 | Examen, Diagnóstico, Fichado y Plan de Tratamiento. |
| 01.04 | Consulta de Urgencia. Indicar motivo. |
| 01.19 | Código de Bioseguridad COVID |
| Cap. II | OPERATORIA DENTAL (hasta 2 cód. por pieza). |
| 02.01 | Obturación con Amalgama Cavidad Simple. |
| 02.02 | Amalgama cavidad Compuesta. |
| 02.04 | Amalgama cav. compleja (3 o más caras) único cód. x pieza |
| 02.08 | Fotocurado cavidad simple en dientes anteriores. |
| 02.09 | Restauración compuesta o compleja en anteriores permanentes. Incluye reconstrucción de ángulos. |
| Cap. III | ENDODONCIA. + 4 Rxs a facturar por separado. |
| 03.01 | Tratamiento de Conducto Unirradicular |
| 03.02 | Tratamiento Pulpar de 2 Conductos |
| 03.03 | Tratamiento Pulpar de Conductos |
| 03.04 | Tratamiento Pulpar de 4 Conductos |
| 03.05 | Biopulpectomía Parcial.+ 2 Rxs, pre y post. |
| 03.07 | Protección pulpar indirecta. |
| Cap. V | PREVENCIÓN |
| 05.02 | Topicación con Flúor. Cada 6 meses. Para todas las edades. Incluye la consulta preventiva, tartrectomía y cepillado mecánico 0501) |

| | |
|------------------|--|
| 05.03 | Inactivación de policaries activas en dentición temporaria. Un código por cuadrante. |
| 05.04 | Enseñ. Técnicas de Higiene. Detecc. y control de Placa. |
| 05.05 | Sellantes de fosas y fisuras, en premolares y molares permanentes. Hasta los 16 años de edad. |
| Código | Descripción – Normas Particulares |
| Cap. VII | ODONTOPEDIATRÍA |
| 07.01 | Motivación en menores de 13 años. Incluye 01.01 |
| 07.03 | Coronas metálicas para dientes primarios. |
| 07.04 | Formocresol en dientes Primarios. Con Rxs pre y post. |
| 07.06 | Reducción de luxación con inmovilización dentaria. |
| 07.07 | Luxación total, reimplante e inmovilización dentaria. |
| 07.09 | Fractura amelodentinaria. Protección pulpar. |
| Cap. VIII | PERIODONCIA |
| 08.01 | Consulta de Estudio, diagnóstico y pronóstico. Con ficha Periodontal completa. |
| 08.02 | Trat. Gingivitis marginal crónica. Uno x boca. C/12 meses. |
| 08.03 | Tratamiento de Periodontitis destructiva leve / moderada. Por sector. Bolsas pérdida de inserción hasta 5mm. |
| 08.04 | Tratamiento de Periodontitis destructiva grave / severa. Por sector. Bolsas, perdidas de inserción más de 6mm. |
| Cap. IX | RADIOGRAFÍAS |
| 09.01.01 | Periapical |
| 09.01.02 | Bite – wing |
| 09.01.03 | Oclusal 6 x 8 |
| 09.01.04 | Media Seriado, de 5 a 7 películas. |
| 09.01.05 | Seriado Completa, de 8 a 14 películas |
| 09.02.03 | A.T.M. por seis tomas. |
| 09.02.04 | Pantomografía. Con derivación e informe. |
| 09.02.05 | Teleradiografía cefalométrica. Con derivación. |
| 09.02.06 | Estudio cefalométrico. |
| Cap. X | CIRUGIA (*) Con Rxs pre y post. |
| 10.01 | Extracción Simple |
| 10.02 | Plástica de Comunicación buco sinusal post. Exodoncia. |
| 10.03 | Biopsia por punción o aspiración. Con motivo e informe. |
| 10.04 | Alveolectomía estabilizadora por zona (6 zonas). |
| 10.05 | Reimplante dentario inmediato al traumatismo. |
| 10.06 | Biopsia por escisión. Con motivo e informe. |
| 10.07 | Incisiones y drenaje de abscesos por vía intrabucal. |
| 10.08 | Alargamiento quirúrgico de corona clínica. |
| 10.09 | Extracc. dientes o restos radiculares con Retención Ósea (*). |
| 10.10 | Germectomía – (*) |
| 10.11 | Liberación de dientes retenidos. Con Rx pre. |
| 10.12 | Apicectomía (*) |
| 10.13 | Tratamiento de Osteomielitis. Con informe y Rx. |
| 10.14 | Extracc. de cuerpo extraño y/o lesiones de tej. Blandos. Con informe del caso clínico. |
| 10.15 | Alveolectomía correctiva por zona. (6 zonas). |
| 10.18 | Extracción por alveolectomía externa. |