

139 – SANCOR SALUD

VIGENCIA: 01/03/2006

Domicilio: Delegación Salta: Av. Belgrano 366. Tel. Fax Salta: (0387) 422-9224

Sede Central: Av. Independencia 206 – Sunchales –Pcia. De Santa Fe.

Atención al prestador: 0800-7777-72583; o (03493) 420-794

Vigencia: 01/08/2021

✍ **IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:** Credencial de afiliado vigente, y DNI.

✍ **VALIDACIÓN de CREDENCIALES:** Verificar que la credencial del paciente **esté habilitada** para hacer uso de los servicios en www.sancorsalud.com.ar. Registrarse, con **su usuario y clave** de prestadores; “Validar Credenciales”, seleccionar tipo de credencial, completar el campo del n° de afiliado, y “validar”.

Solicite su usuario para validar las credenciales en el Dpto. de Obras Sociales.

No se incluyen las credenciales:

“SANCOR 700”

“SANCOR 800”

“O.S. OSPERSAMS”

“STAFF MÉDICO”

✍ **FORMA DE ATENCION – CANTIDAD DE PRESTACIONES:**

Odontología General: **Sin Autorización Previa (*)**: La atención se brinda mediante la sola presentación de la credencial vigente y DNI (no olvide validar la credencial). Completar las fichas y presentarlas conforme a normas, con todos los datos requeridos. **Salvar con sello y firma cualquier enmienda o corrección.**

(*) Excepto para los códigos de cirugía y 08.06 (placa de relajación)

Cantidad de prestaciones: hasta **tres (3)** prestaciones mensuales por afiliado. Se sugiere no adelantar prácticas para facturar al mes siguiente, es motivo de débito realizar más de 3 prestaciones mensuales (corroborar las fechas de atención).

Codigo Covid 01.04.70 BAJA desde el 01/11/21. (sin cobros al afiliado).

Las Rxs exigibles para demostrar prácticas no serán consideradas dentro del tope mensual.

PRESTACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA:

* 03.09 Retratamiento endodontico.

* 08.05 Desgaste selectivo o armonización oclusal

* 08.06 Placa de relajación para bruxismo, rígida.

* 10.04 Alveolectomía estabilizadora.

* 10.12 Apicectomía.

* 10.15 Alveolectomía correctiva.

* 10.16.01 Quiste o extracción de tumores en tejidos duros hasta 1 cm.

* 10.16.02 Quiste o extracción de tumores en tejidos duros hasta 3 cm.

* 10.16.03 Quiste o extracción de tumores en tejidos duros de más de 3 cm.

* 10.17.01 Extracción de tumores en tejidos blandos hasta 1 cm.

* 10.17.02 Extracción de tumores en tejidos blandos de más de 1 cm.

* 10.17.03 Extracción de tumores en tejidos blandos de más de 3 cm

* 10.17.04 Tratamiento quirúrgico de pericoronaritis.

- * 10.17.05 Radectomía.
- * 10.23 Cirugía periodontal por sector.

✍ **PLAZO DE VALIDEZ DE FICHAS:** 30 días para presentarse a facturación, superado ese plazo no serán reconocidas.

✍ **PROTESIS:** Con autorización previa, lo realiza el paciente por su aplicación de la obra social. Cobertura según el plan: Planes 2000 / 2500 y 3000: cobertura del 50%.

Planes 3500 / 4000 / 4065 y 5000: 100% a cargo SANCOR. Verificar en la autorización el porcentaje a cargo del afiliado.

✍ **IMPLANTES:** Reintegros según Planes.

✍ **ORTODONCIA / ORTOPEDIA:** Reintegros según el Plan. A consultar en Sancor Salud.

✍ **PADRÓN DE PRESTADORES:** Padrón Único que atienden a valores pactados, sin cobro de diferencias para prácticas nomencladas.

NORMAS PARTICULARES:

Ficha Dental: Confeccionarla completando todos los datos requeridos, con letra clara y legible. Con odontograma completo si se factura consulta. Presentarla conformada por el afiliado, renglón por renglón. **Salvar cualquier enmienda, corrección o sobrescrito, de lo contrario la ficha será separada para devolución al prestador.** Verificar las fechas de atención.

CAPITULO I – CONSULTAS

01.01- Consulta: Se considera primera consulta al **examen, diagnóstico, fichado y plan de tratamiento.** Como consecuencia del examen, el fichado deberá reflejar el estado actual de la boca, previo al tratamiento a efectuarse. Siempre deberá facturarse la consulta acompañada de su correspondiente ficha catastral.

Se autorizará **una cada 12 meses, (cuenta en el tope mensual).** En pacientes derivados por otros profesionales, solo se podrá facturar la consulta en aquellos casos en que no haya sido posible realizar la práctica solicitada en la derivación.

01.04- Consulta de Urgencia: Se aplica a toda prestación de urgencia que no constituya paso intermedio y/o final de tratamiento. **Indicar motivo, diagnóstico y pieza o zona afectada: por ej. pericoronaritis, cementado de coronas y puentes, punción y drenaje, flemones, alveolitis, etc.**

CAPITULO II - Operatoria Dental

Las obturaciones deberán tener una duración mínima de dos (2) años. Durante este lapso no se reconocerá repetición de las mismas si es efectuada por el mismo profesional.

Para las piezas que hayan sido obturadas, no se reconocerá su extracción hasta dos años después de la fecha de realización del trabajo, si esta es efectuada por el mismo profesional. Al facturar se reconocerá como **máximo 2 (dos) códigos por pieza dentaria: 2 restauraciones simples; o 1 simple y 1 compuesta (no se reconocen 2 códigos de restauraciones compuestas o complejas por pieza).** Si se factura el código 02.03 no podrá facturarse otro código.

Las obturaciones de amalgama en dentición temporaria deberán tener una **duración mínima de doce (12) meses.**

02.01 - Obturación de amalgama cavidad simple: Se reconocerán como obturación simple de amalgama a aquellas en las que se hayan practicado un adecuado tallado de la cavidad.

02.02 – Obturación de amalgama cavidad compuesta Se reconocerá como obturación compuesta de amalgama a aquellas que abarquen **dos caras** de la pieza dentaria y en la que se haya practicado un adecuado tallado cavitario.

02.03 – Obturación de amalgama cavidad compleja Se reconocerá como obturación compleja de amalgama aquellas que abarquen **tres o más caras** de la pieza dentaria y en las que se haya practicado un adecuado tallado de la cavidad. **Único código por pieza.**

02.04 Obturación con tornillo en conducto: presentar con la RX post – operatoria utilizada para el cementado de tornillo.

02.08 – Fotocurado, cavidad Simple en piezas anteriores: Se reconocerá en **las piezas dentarias anteriores (de canino a canino), permanentes y temporarias**, en las que se haya practicado un adecuado tallado de la cavidad. Se reconocerán hasta dos (2) códigos por pieza.

02.09 – Fotocurado, cavidad Compuesta o compleja en piezas anteriores: Se reconocerá en todas las piezas anteriores (permanentes y temporarias) en las que se haya practicado un adecuado tallado de la cavidad y abarquen **dos o más caras** de la pieza dentaria. Incluye la Reconstrucción de ángulos. **Podrá acompañarse de un código de restauración simple en caso de restauraciones complejas.**

02.15 – Fotocurado, cavidad Simple en piezas posteriores: con el mismo protocolo anterior, para piezas posteriores temporarias y permanentes. Se reconocerán hasta dos (2) códigos por pieza

02.16 - Fotocurado, cavidad Compuesta o compleja en piezas posteriores: con el mismo protocolo anterior, para piezas posteriores temporarias y permanentes. **Podrá acompañarse de un código de restauración simple en caso de restauraciones complejas.**

CAPITULO III – Endodoncia. (Rxs incluidas)

Norma: En todo tratamiento de endodoncia deberá acompañarse para su reconocimiento de las **radiografías pre y post-operatorias. Las Rxs se consideran incluidas en el arancel del tratamiento** (no se facturan por separado). Se considerarán elementos **multirradiculares** a aquellos en los que se permite visualizar a través de la radiografía post-operatoria la presencia y tratamiento de **dos o más conductos radiculares**. A efectos de reconocer todo tratamiento de endodoncia, deberá visualizarse en la radiografía post-operatoria la correcta preparación del o de los conductos radiculares y que el material de obturación radiopaco llegue hasta el límite cemento dentinario (a un milímetro aproximadamente).

Toda obturación del conducto radicular que sobrepase el límite cemento dentinario o llegue a ocupar la zona periapical a distancia del tratamiento efectuado (y sea un material no reabsorbible por los tejidos periapicales) se considera contraindicada, quedando la Auditoria Odontológica de SANCOR facultada a solicitar al prestador el fundamento de la misma para su reconocimiento. En los casos en que sea necesario rehacer un tratamiento endodóntico, se deberá solicitar autorización previa adjuntando radiografía y motivos que justifiquen su realización.

03.01 – Tratamiento Inflamatorio Pulpar en Unirradiculares.

03.02 – Tratamiento Inflamatorio Pulpar de Dos (2) conductos.

03.03 - Tratamiento Inflamatorio Pulpar de Tres (3) conductos.

03.05 - Biopulpectomía parcial. Con Rxs pre y post operatoria, incluidas en el valor del código. Se debe observar la correcta obturación con material radiopaco hasta la entrada de los conductos radiculares. Cuando se realice esta práctica no se reconocerá otro tratamiento de endodoncia y su

correspondiente restauración coronaria hasta un año después de efectuada la misma, si es realizado por el mismo profesional.

03.06- Necropulpectomía parcial o momificación. Con Rxs pre y post operatoria, incluidas en el valor del código. Se reconocerá sólo en dientes posteriores y la pieza dentaria no podrá recibir otro tratamiento además del Capítulo 02 por el período de 24 meses.

Los códigos 03.05 y 03.06 sólo podrán realizarse en el caso que "radiográficamente" se observe la ausencia de conductos radiculares; caso contrario el tratamiento deberá ser endodoncia total del elemento.

03.09- Retratamiento endodóntico. CON AUTORIZACION PREVIA

CAPITULO V - ODONTOLOGIA PREVENTIVA

Norma: La detección y control de la placa bacteriana se incluye en el código 05.04 que en adelante contemplará: detección, control de placa bacteriana y enseñanza de técnicas de higiene bucal.

05.01 - Tartrectomía y cepillado mecánico. Se reconocerá cada 12 meses, y en ese lapso no se reconocerá el código 08.02

05.02 - Consulta preventiva. Terapias fluoradas. Se reconocerá **semestralmente y hasta cumplir los dieciocho (18) años** de edad, por tratamiento y en ambas arcadas, cualquiera fuese la técnica que se utilice. **Incluye el código 05.01.**

05.04 – Consulta preventiva. Detección control de placa bacteriana y enseñanza de técnica de higiene bucal. Se reconocerá una cada 12 meses.

05.05 – Selladores de surcos, fosas y fisuras. Se reconocerá por pieza dental **hasta los quince (15) años** de edad. Tendrá una **durabilidad de 24 meses** y no podrá recibir otra obturación en ese tiempo, se reconocerá solamente en molares sano y que no presente obturación previa.

05.06 – Aplicación de cariostáticos en piezas dentarias temporarias. Uno por pieza.

CAPITULO VII - ODONTOLOGIA PEDIATRIA

07.01- Consulta de motivación. Se podrá facturar **hasta tres veces por paciente. Hasta los 12 años.**

07.02 - Mantenedor de espacio. Incluye corona en pieza dentaria y ansa de alambre de apoyo, radiografía pre y post-operatoria.

07.04 - Tratamiento en dientes primarios temporales con Formocresol.

Se reconocerá **con RXS pre y post operatorias (incluida en el arancel)** y cuando el diente tratado no se encuentre en período de exfoliación normal.

07.05 - Corona de acero provisoria por destrucción coronaria.

Se reconocerá en dientes primarios con gran destrucción coronaria y que no se encuentre en el período de exfoliación normal. También en los primeros molares permanentes en pacientes de hasta 15 años de edad. Presentar Rxs pre y post-operatorias para su reconocimiento.

07.06 – Reimplante dentario e inmovilización por luxación total.

No incluye tratamiento endodóntico.

07.07 - Protección pulpar directa.

Se solicitará radiografías pre y/o post-operatoria para su reconocimiento.

CAPITULO VIII - PERIODONCIA

08.01 - Consulta de estudio. Sondaje. Fichado. Diagnóstico y Pronóstico.

Incluye la confección de la ficha periodontal respectiva, la cual deberá acompañar los códigos 08.03 y 08.04. Se reconocerá **cada 12 meses**.

08.02- Tratamiento de gingivitis.

Comprende todos los cuadros gingivales cualquiera fuese su etiología. Incluye: (0501) tartrectomía, raspaje, (0504) control de placa, (0504) enseñanza de cepillado y evaluación, eventual gingivoplastia. Se reconocerá **uno por arcada**, cada 12 meses.

08.03 - Tratamiento de Periodontitis destructiva leve o moderada.

Se reconocerá con radiografías pre-operatorias y ficha periodontal debidamente confeccionada. **Cada 12 meses.**

08.04 - Tratamiento de Periodontitis destructiva severa.

Se reconocerá con radiografías pre-operatorias y ficha periodontal debidamente confeccionada. **Cada 12 meses.**

Cuando se facture los códigos 08.03 ó 08.04 en caso de piezas aisladas en pacientes parcialmente desdentados, sumar de 4 a 6 piezas para completar un sector.

08.05 - Desgaste selectivo o armonización oclusal: Indicar motivo de su realización. Con autorización previa.

08.06 – Placas de relajación rígida para bruxismo. Con autorización previa.

Incluye cubeta individual y controles posteriores. Enviar a autorizar ficha con **historia clínica y modelo** que justifiquen su realización. Este código no volverá a reconocerse por un mínimo de **24 meses. Sin cobertura para los planes C, 500 y 1000.**

CAPITULO IX - RADIOLOGIA

Norma: Toda radiografía para su reconocimiento deberá presentarse en sobre adecuado al tamaño de la misma y en el que conste el nombre y apellido, número de asociado/afiliado y zona del estudio radiográfico efectuado.

La corrección en la presentación estará dada además por la angulación, definición, centrado, contraste, revelado y fijado a objeto de su fácil interpretación.

La falta de cualquiera de estos requisitos será causa suficiente para no reconocer la práctica o ser devuelta para su cumplimentación. Las impresiones con radiovisiógrafo serán reconocidas sólo si tienen correcta angulación, contraste y definición que permitan observar correcta e íntegramente el tratamiento realizado.

09.01.01 – Periapical. Técnica de cono corto o cono largo.

Se admite como máximo cuatro veces la suma. De cinco a siete películas se facturará como código 09.01.04. De ocho a nueve películas se facturará como código 09.01.04 más uno o dos veces el código 09.01.01 según corresponda. De diez a catorce películas se facturará como código 09.01.05.

09.01.02 - Bite-wing.

09.01.03 - Oclusal 6 x 8 cm.

09.01.04 - Media seriada de 5 a 7 películas. Técnicas de cono corto o cono largo.

Se reconocerá cuando la integren de cinco a siete películas.

09.01.05 - Seriadas de 8 a 14 películas. Técnicas de cono corto o cono largo.

Se reconocerá cuando la integren de ocho a catorce películas.

09.02.04 - Pantomografía.

Radiografía panorámica; es el estudio panorámico de la cavidad bucal y zonas vecinas.

Indicar motivo de su solicitud. **Adjuntar informe.**

09.02.05 - Tele-radiografía cefalométrica.

Indicar motivo de la solicitud. Se reconocen cada 12 meses, hasta 2 Telerradiografías: una de frente y una de perfil.

09.03.01 – TAC Cone Beam 2 maxilares

09.03.03 – TAC Cone Beam 1 sector

09.03.04 – TAC Cone Beam 1 maxilar

CAPITULO X - CIRUGIA BUCAL (*) códigos con autorización previa.

Rxs demostrativas de prácticas se incluyen en el arancel.

10.01 - Extracción dentaria.

10.02 - Plástica de comunicación buco-sinusal.

Para su reconocimiento deberá acompañarse la radiografía pre-operatoria (incluida) que justifique la realización de la práctica.

10.03 - Biopsia por punción o aspiración o escisión.

No incluye el estudio anatomopatológico.

10.04 - Alveolectomía estabilizadora. (*) Con autorización.

10.08 - Extracción dentaria en Retención Mucosa. Con Rxs pre y post operatorias.

10.09 - Extracción de diente con Retención Ósea. Se reconoce con radiografías pre y post-operatoria, incluidas en el arancel del la práctica.

10.10 - Germectomía. Con Rxs pre y post (incluidas).

10.11 - Liberación de dientes retenidos.

10.12 - Apicectomía. (*) Con autorización previa. Con Rxs **pre y post** incluidas en el arancel del la práctica.

10.13 - Tratamiento de osteomielitis. Con informe.

10.14 - Extracción de cuerpo extraño. Con informe.

10.15 - Alveolectomía correctiva por zona (*) Solicitar autorización previa.

10.16 – Frenectomía

CIRUGÍA ESPECIAL, con autorización previa:

10.16.01 - Quiste o extracción de tumores en tejidos duros hasta 1 cm. (*)

Solicitar autorización previa. Enviar resultado del estudio anatomopatológico.

10.16.02 - Quiste o extracción de tumores en tejidos duros hasta 3 cm. (*)

Solicitar autorización previa. Enviar resultado del estudio anatomopatológico.

10.16.03 - Quiste o extracción de tumores en tejidos duros de más de 3 cm. (*)

Solicitar autorización previa. Enviar resultado del estudio anatomopatológico.

10.17.05 - Radectomía. (*) Solicitar autorización previa. Se requiere radiografías pre y post-operatorias que se facturan por separado.

10.23 - Cirugía periodontal por sector. (*)

Solicitar autorización previa. Radiografías pre y post-operatorias facturar por separado.

PRESTACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA:

* 08.06 Placa de relajación para bruxismo, rígida. (sin cobertura en planes C,500 y 1000).

* 10.04 Alveolectomía estabilizadora.

* 10.12 Apicectomía.

* 10.15 Alveolectomía correctiva.

* 10.16.01 Quiste o extracción de tumores en tejidos duros hasta 1 cm.

* 10.16.02 Quiste o extracción de tumores en tejidos duros hasta 3 cm.

* 10.16.03 Quiste o extracción de tumores en tejidos duros de más de 3 cm.

* 10.17.01 Extracción de tumores en tejidos blandos hasta 1 cm.

* 10.17.02 Extracción de tumores en tejidos blandos de más de 1 cm.

* 10.17.03 Extracción de tumores en tejidos blandos de más de 3 cm

* 10.17.04 Tratamiento quirúrgico de pericoronaritis.

* 10.17.05 Radectomía.

* 10.23 Cirugía periodontal por sector.

139 – SANCOR PROTESIS

Todos los trabajos incluidos en este Capítulo deberán realizarse con autorización previa.
Enviar Rx previa para autorizar prótesis fija.

Norma: Para la realización de tratamientos protéticos el paciente no debe poseer focos infecciosos, ni caries, ni enfermedad periodontal. Deberá tener controles sobre su higiene oral, efectuados a corto y mediano plazo. Se requerirán **las radiografías** que se consideren necesarias para una mejor evaluación del tratamiento realizado (**Para prótesis fijas, Rxs incluidas**).

No serán reconocidos tratamientos de implantes en ninguna de sus modalidades, así como tampoco se reconocerán los trabajos protéticos que asienten sobre ellos.

Se establecen **TOPES ANUALES** para el reconocimiento del Capítulo IV (Prótesis Odontológica), para los planes/programas de A.M.S./S.M.P. de acuerdo al siguiente detalle:

1- Prótesis fija: códigos 04.01.01 al 04.01.11 inclusive: se reconocerán hasta 4 (cuatro) códigos por período de 12 (doce) meses y por beneficiario.

2- Prótesis parcial removible: códigos 04.02.01 al 04.02.04 inclusive: se reconocerán hasta 2 (dos) códigos por período de doce meses y por beneficiario.

3- Prótesis completa: códigos 04.03.01 y 04.03.02: se reconocerá un código 04.03.01 y un código 04.03.02 por período de 12 (doce) meses y por beneficiario.

4- Prótesis combinada: dos códigos de prótesis fija y un código de prótesis removible; o una prótesis removible y una prótesis completa; o dos códigos de prótesis fija y una prótesis completa. Por periodos de 12 meses y por beneficiario.

Cabe aclarar que independientemente del tope establecido, se reconocerá la realización de elementos provisorios y cubeta individual, de acuerdo a los códigos autorizados.

PROTESIS FIJA

Norma: Enviar a autorizar con la la Rx previa. Facturar con las Rxs post. No habrá cobertura para un mismo trabajo en un período inferior a los 60 meses.

04.01.01 – Incrustaciones, cavidad simple.

04.01.02 – Incrustaciones, cavidad compuesta o compleja.

Incluye radiografía post-operatoria.

04.01.03 - Corona forjada.

Incluye radiografías pre y post-operatorias.

04.01.04 - Corona colada.

Norma: No incluye corona provisoria. Incluye radiografías pre y post-operatorias.

04.01.05 - Corona colada con frente estético.

Norma: No incluye corona provisoria. Incluye la carilla de acrílico. Incluye Rxs pre y post.

04.01.06 - Corona espiga.

Norma: No incluye corona provisoria. Incluye la carilla de acrílico. Incluye Rxs pre y post.

04.01.07 - Corona colada revestida de acrílico.

Norma: No incluye corona provisoria. Incluye pieza metálica y acrílica. Incluye Rxs pre y post.

04.01.08 - Perno muñón simple.

Norma: se reconocerá solo la realización de **pernos muñones colados** (no de otro material). Se exigirá Rx pre-operatoria donde pueda observarse la realización correcta de la endodoncia. Los pernos ocuparán dos tercios de la raíz y deberá observarse perno muñón correctamente tallado.
Incluye radiografías pre y post-operatorias.

04.01.09 - Perno muñón seccionado.

Norma: Sólo se reconocerá la realización de **pernos muñones colados** (no de otro material). Se exigirá radiografía pre-operatoria donde pueda observarse la realización correcta de la endodoncia. Los pernos ocuparán dos tercios de la raíz y deberá observarse perno muñón correctamente tallado.
Incluye radiografías pre y post-operatorias.

04.01.10 - Tramo de puente colado.

Norma: Los tramos de puente no podrán reemplazar más de dos piezas faltantes. En casos especiales donde deban reponerse más de dos elementos dentarios ausentes, se contemplará la posibilidad de su realización, siempre que dicha práctica esté indicada y justificada clínica y radiográficamente. Se podrán solicitar modelos de estudios y antagonista. Los puentes a extensión ("en bandera") sólo serán aceptados si estuviesen clínicamente justificados. Incluye pieza metálica y acrílica.

04.01.11 - Corona de acrílico.

Norma: No incluye corona provisoria. Incluye radiografía pre-operatoria.

04.01.12 – Corona, elemento provisorio: por unidad.

- PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Norma: No habrá cobertura para un mismo trabajo en un período inferior a 36 meses.

04.02.01 – Prótesis parcial removible de acrílico, hasta cuatro dientes.

Norma: Incluye cubeta individual, armazón colado, montaje de dientes artificiales y controles posteriores.

04.02.02 – Prótesis parcial removible de acrílico, de cinco o más dientes.

Norma: Incluye cubeta individual, armazón colado, montaje de dientes artificiales y controles posteriores.

04.02.03 - Colados en cromo cobalto, hasta cuatro dientes.

Norma: Incluye cubeta individual, armazón colado, montaje de dientes artificiales y controles posteriores.

04.02.04 - Colados en cromo cobalto, de cinco o más dientes.

Norma: Incluye cubeta individual, armazón colado, montaje de dientes artificiales y controles posteriores.

- PROTESIS COMPLETA

Norma: No habrá cobertura por un mismo trabajo en un período inferior a 36 meses.

04.03.01 – Prótesis completa superior.

Norma: Incluye las consultas posteriores a su instalación para los retoques necesarios. Se podrá facturar en forma independiente el código 04.04.11, cubeta individual.

04.03.02 – Prótesis completa inferior.

Norma: Incluye las consultas posteriores a su instalación para los retoques necesarios. Se podrá facturar en forma independiente el código 04.04.11, cubeta individual.

- VARIOS

Norma: No habrá cobertura por un mismo trabajo en un período inferior a 6 meses.

Códigos 04.04.01 al 04.04.09: Se reconocerán hasta tres códigos por período de 12 meses y por beneficiario.

04.04.01 - Compostura simple.

04.04.02 - Compostura con agregado de un diente.

04.04.03 - Compostura con un agregado de un retenedor.

04.04.04 - Compostura con agregado de un diente y un retenedor.

04.04.05 - Diente subsiguiente, cada uno.

04.04.06 - Retenedor subsiguiente, cada uno.

04.04.07 - Soldado de retención en aparatos de cromo-cobalto con agregado de un diente.

Norma: Incluye el montaje del diente artificial.

04.04.08 – Por cada retención subsiguiente.

04.04.09 - Carilla de acrílico.

04.04.10 - Rebasado de prótesis, cada uno.

Norma: Se reconocerá cuando se efectúe con acrílico termocurable. Se reconocerá cada 12 meses, y uno por arcada.

04.04.11 - Cubeta individual.

Norma: Se reconocerá en acrílico termocurable o autocurable, pudiendo requerirse su presentación para su reconocimiento.

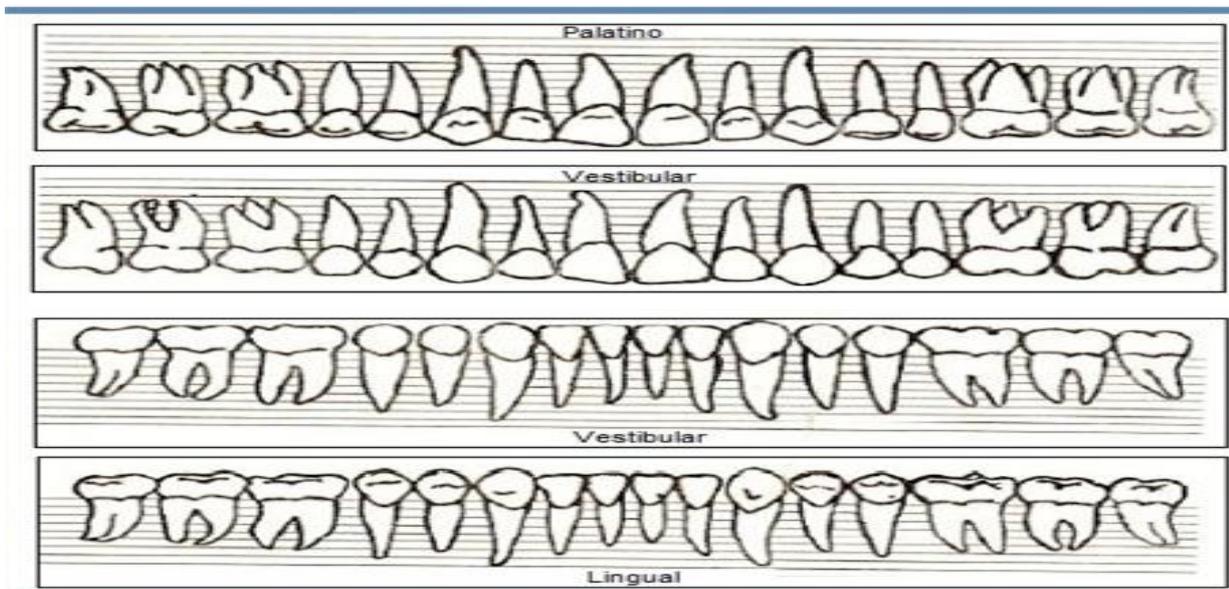
04.04.12 - Levante de articulación, en acrílico translúcido y retenedores forjados en acero.

Norma: Incluye cubeta individual y controles posteriores. Se reconocerá un código cada 24 meses. Enviar historia clínica y modelo que justifiquen su realización.

CAPITULO VI – ORTOPEDIA;ORTODONCIA: Sin cobertura. Por reintegro al asociado, de acuerdo al plan contratado.

FICHA GINGIVAL

Apellido: Nombre:
 Tipo de Documento: N°: Fecha Nacimiento: ... /... /...
 Teléfono Móvil: Teléfono fijo:
 Localidad: Dirección: Numero:
 Plan: N° Asociado:



Diagnostico :

Pronostico:

Descripción de la técnica utilizada:

El paciente podrá ser llamado por el Área de Auditoria Odontología de Sancor Salud a fines de solicitar información del tratamiento recibido

Fecha: _____ Firma y Sello del Profesional: _____