

Servicio Odontología

Normas de Trabajo

Productos: GRAV – NO GRAV**ODONTOLOGÍA GENERAL****Reconocimiento para los capítulos II, III, V, VII, VIII y X.**

Se fija un TOPE MENSUAL de prestaciones, por profesional y por beneficiario. Este control se realiza por mes de prestación o mes de realización de la práctica.

*** Planes con tope de cuatro (4) prácticas mensuales:**

Planes GRAV - NO GRAV
SANCOR 6000
SANCOR 5000
SANCOR 4500
SANCOR 4000
SANCOR 4065
SANCOR 3500
SANCOR 3000R
SANCOR 3000B
SANCOR 3000
SANCOR 2000
SANCOR 1500R
SANCOR 1500B
SANCOR 1500
SANCOR 1000R
SANCOR 1000B
SANCOR 1000
SANCOR 500

CAPITULO I**01 - CONSULTAS****01.01 – Consulta. Diagnóstico. Fichado y plan de tratamiento.**

Norma: 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.

El código 01.01 podrá facturarse por período de 12 meses.

En pacientes derivados por otros profesionales, sólo 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.

Norma: Se considera consulta de urgencia a toda prestación que no constituye paso intermedio y/o final de tratamiento. Se debe establecer en todos los casos el diagnóstico. Ej.: periocoronaritis, cementado de coronas y puentes, punción y drenaje de abscesos, flemones, hemorragias, alveolitis, etc.

0800 – 7777 – SALUD (72583) | www.sancorsalud.com.ar | info@sancorsalud.com.ar

Sede Central Sunchales | Av. Independencia 206| Tel. (03493) 423456 – 429500 | (03493) 420794

Sede Buenos Aires | Sarmiento 801 | Tel. (011) 4325 - 3030

CAPITULO II

02 - OPERATORIA DENTAL

Norma: Las obturaciones deberán tener una duración mínima de 24 meses. Durante este lapso no se reconocerá repetición de las mismas si ésta es efectuada por el mismo profesional.

Para las piezas que hayan sido obturadas, no se reconocerá su extracción por el término de 24 meses posteriores a la fecha de realización del trabajo, si ésta es efectuada por el mismo profesional.

Las obturaciones de amalgama en dentición temporaria deberán tener una duración mínima de 12 meses.

Al facturar se reconocerá como máximo por elemento dentario: 2 restauraciones simples o 1 simple y 1 compuesta o 1 compleja, cualquiera sea el material de obturación utilizado.

02.01 - Obturación cavidad simple.

02.02 - Obturación cavidad compuesta.

02.03 - Obturación cavidad compleja.

02.04 - Obturación con tornillo en conducto.

Norma: Se reconocerá esta práctica con la radiografía post-operatoria utilizada para el cementado de tornillo.

02.08 - Obturación simple con resina de fotocurado, sector anterior.

02.09 - Restauración compuesta o compleja con resina de fotocurado, sector anterior.

02.15 - Obturación simple con resina de fotocurado, sector posterior.

02.16 - Restauración compuesta o compleja con resina de fotocurado, sector posterior.

CAPITULO III

03 - ENDODONCIA - SIN OBTURACION

Norma: En todo tratamiento de endodoncia deberá acompañarse para su reconocimiento las radiografías pre y post-operatorias. Se considerarán elementos multirradiculares a aquellos en los que se permite visualizar a través de la radiografía la presencia y tratamiento de dos o más conductos radiculares. A efectos de reconocer todo tratamiento de endodoncia, deberá visualizarse en la radiografía 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 Auditoría Odontológica de AMS facultada a solicitar al prestador el fundamento de la misma para su reconocimiento.

Estas prácticas se reconocerán por única vez por elemento dentario.

En caso de retratamiento deberá solicitar autorización previa adjuntando radiografía e historia clínica que lo justifique.

*** SIN autorización previa en los siguientes planes:**

Planes GRAV - NO GRAV
SANCOR 6000
SANCOR 5000
SANCOR 4500

SANCOR 4000
SANCOR 4065
SANCOR 3500
SANCOR 3000R
SANCOR 3000B
SANCOR 3000
SANCOR 2000
SANCOR 1500R
SANCOR 1500B
SANCOR 1500
SANCOR 1000R
SANCOR 1000B
SANCOR 1000
SANCOR 500

03.01 – Tratamiento endodóntico en unirradiculares, *incluye radiografías pre y post.*

03.02 – Tratamiento endodóntico en multirradiculares, *incluye radiografías pre y post .*

03.03 – Tratamiento endodóntico en trirradiculares, *incluye radiografías pre y post.*

03.05 - Biopulpectomía parcial.

Norma: 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 12 meses después de efectuada la misma, si es realizado por el mismo profesional.

03.06- Necropulpectomía parcial o momificación.

Norma: Se reconocerá sólo en dientes posteriores y la pieza dentaria no podrá recibir otro tratamiento que no fuera del Capítulo 02 por el período de 24 meses.

El código 03.06 sólo podrá realizarse en el caso que "radiográficamente" se observe la ausencia de conductos radiculares; caso contrario el tratamiento deberá ser endodoncia total del elemento.

RETRATAMIENTOS

Norma: Practicas con Autorización previa.

Estas prácticas incluyen la Desobturación, el Limado y la Obturación de piezas endodonticamente tratadas donde se observe claramente el fracaso del tratamiento anterior mediante Rx.

Enviar Rx preoperatoria para la autorización y Rx postoperatoria para la facturación.

03.09 - Retratamiento de Endodoncia en unirradiculares.

03.10 - Retratamiento de Endodoncia en multirradiculares.

03.11 - Retratamiento de Endodoncia en trirradiculares.

CAPITULO IV

04 - PROTESIS

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.

Todos los trabajos incluidos en este Capítulo deberán realizarse con autorización previa, puesto que su cobertura depende del plan del asociado/afiliado.

Se establecen TOPES ANUALES (por períodos de 12 meses) para el reconocimiento del Capítulo IV Prótesis Odontológica, de acuerdo al siguiente detalle:

0800 – 7777 – SALUD (72583) | www.sancorsalud.com.ar | info@sancorsalud.com.ar

Sede Central Sunchales | Av. Independencia 206| Tel. (03493) 423456 – 429500 | (03493) 420794

Sede Buenos Aires | Sarmiento 801 | Tel. (011) 4325 - 3030

1- Prótesis fija: códigos 04.01.01 al 04.01.11 inclusive: se reconocerán cuatro códigos por período de 12 meses y por beneficiario, ó

2- Prótesis parcial removable: códigos 04.02.01 al 04.02.04 inclusive: se reconocerán dos códigos por período de 12 meses y por beneficiario, ó

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 meses y por beneficiario, ó

4- Prótesis combinada: dos códigos de prótesis fija y un código de prótesis removable o una prótesis removable y una prótesis completa o dos códigos de prótesis fija y una prótesis completa, por período 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.

04. 01 - PROTESIS FIJA

Norma: Se deberá adjuntar a la autorización previa, las radiografías pre-operatorias correspondientes. No habrá cobertura por un mismo trabajo en un período inferior a 60 meses.

04.01.01 – Incrustaciones, cavidad simple.

04.01.02 – Incrustaciones, cavidad compuesta o compleja.

Norma: Incluye radiografía post-operatoria.

04.01.03 - Corona forjada.

Norma: 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 radiografías pre y post-operatorias.

04.01.06 - Corona espiga.

Norma: No incluye corona provisoria. Incluye la carilla de acrílico. Incluye radiografías pre y post-operatorias.

04.01.07 - Corona colada revestida de acrílico.

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

04.01.08 - Perno muñón simple.

Norma: Sólo se reconocerá la realización de pernos muñones colados. 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.

04.01.09 - Perno muñón seccionado.

Norma: Sólo se reconocerá la realización de pernos muñones colados. 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. No habrá cobertura por un mismo trabajo en un período inferior a 36 meses.

04.01.12 – Corona, elemento provvisorio: por unidad.

04.02 - 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, montaje de dientes artificiales y controles posteriores.

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

Norma: Incluye cubeta individual, 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.

04.03 - 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.

04.04 - 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.

0800 – 7777 – SALUD (72583) | www.sancorsalud.com.ar | info@sancorsalud.com.ar

Sede Central Sunchales | Av. Independencia 206| Tel. (03493) 423456 – 429500 | (03493) 420794

Sede Buenos Aires | Sarmiento 801 | Tel. (011) 4325 - 3030

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 por período de 12 meses y 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 por período de 24 meses. *Para su reconocimiento se deberá enviar historia clínica y modelos que justifiquen su realización.*

CAPITULO V

05 - 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.

Norma: Se reconocerá por período de 12 meses y *en ese lapso no se reconocerá el código 08.02.*

05.02 - Consulta preventiva. Terapias fluoradas.

Norma: Se reconocerá por período de 6 meses 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.

Norma: Se reconocerá por período de 12 meses.

05.05 – Selladores de surcos, fosas y fisuras.

Norma: 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 elementos sanos y que no presente obturación previa.

05.06 – Aplicación de cariostáticos en piezas dentarias permanente.

0800 – 7777 – SALUD (72583) | www.sancorsalud.com.ar | info@sancorsalud.com.ar

Sede Central Sunchales | Av. Independencia 206| Tel. (03493) 423456 – 429500 | (03493) 420794

Sede Buenos Aires | Sarmiento 801 | Tel. (011) 4325 - 3030

CAPITULO VI

Con autorización previa y por la vía de reintegro al asociado/afiliado, según valores establecidos acorde a cada plan de cobertura.

CAPITULO VII

07- ODONTOPIEDIATRIA

07.01- Consulta de motivación.

Norma: Se reconocerá hasta los 13 años de edad y se podrá facturar hasta tres veces por paciente.

07.02 - Mantenedor de espacio.

Norma: 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.

Norma: Se reconocerá con radiografía *pre* y *post-operatoria* y cuando el diente tratado no se encuentre en período de exfoliación normal. *Incluye Rx pre y post-operatoria.*

07.05 - Corona de acero provisoria por destrucción coronaria.

Norma: Se reconocerá en dientes primarios con gran destrucción coronaria y que no se encuentre en el período de exfoliación normal. En primeros molares permanentes se reconocerá hasta los 15 años de edad.

Se solicitará radiografías pre y post-operatorias para su reconocimiento.

07.06 - TRAUMATISMOS DENTARIOS.

07.06 – Reimplante dentario e inmovilización por luxación total.

Norma: No incluye tratamiento endodóntico.

07.07 - Protección pulpar directa.

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

CAPITULO VIII

08 - PERIODONCIA

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

Norma: Incluye la confección de la ficha periodontal respectiva, la cual deberá acompañar los códigos 08.03 y 08.04. Se reconocerá por período de 12 meses.

08.02- Tratamiento de gingivitis.

Norma: Comprende todos los cuadros gingivales cualquiera fuese su etiología. Incluye: Tartrectomía, raspaje, control de placa, enseñanza de cepillado y evaluación, eventual gingivoplastia. Se reconocerá por período de 12 meses y *por arcada*.

08.03 - Tratamiento de periodontitis destructiva leve o moderada.

Norma: Se reconocerá con radiografías pre-operatorias y ficha periodontal debidamente confeccionada.

08.04 - Tratamiento de periodontitis destructiva severa.

0800 – 7777 – SALUD (72583) | www.sancorsalud.com.ar | info@sancorsalud.com.ar

Sede Central Sunchales | Av. Independencia 206| Tel. (03493) 423456 – 429500 | (03493) 420794

Sede Buenos Aires | Sarmiento 801 | Tel. (011) 4325 - 3030

Norma: Se reconocerá con radiografías pre-operatorias y ficha periodontal debidamente confeccionada.

Cuando se facture los códigos 08.03 ó 08.04 en caso de piezas aisladas en pacientes parcialmente desdentados sumadas de 4 a 6 piezas completan un sector.

08.05 - Desgaste selectivo o armonización oclusal.

Norma: Indicar motivo de su realización.

08.06 - Placas de relajación para bruxismo rígida.

Norma: Incluye cubeta individual y controles posteriores. Para su reconocimiento deberá solicitarse autorización previa enviando historia clínica y modelos que justifiquen su realización. Este código no volverá a reconocerse por un mínimo de 24 meses.

CAPITULO IX

09 - 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 INTRAORALES

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

Norma: 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 INTRAMOLARES

09.01.02 - Bite-wing.

09.01.03 - Oclusal 6 x 8 cm.

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

Norma: Se reconocerá cuando la integren siete películas.

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

Norma: Se reconocerá cuando la integren catorce películas.

09.02 EXTRAMOLARES

Norma: Se reconocerá cuando se efectúen con equipos con kilovoltajes no inferiores a 70 kv.

09.02.04 - Pantomografía.

Norma: Deberá adjuntarse la derivación del profesional que la solicita, indicando diagnóstico presuntivo, no se reconocerá por ejemplo con el diagnóstico Control.

Solo se reconocerán estudios para implantes en los planes SanCor 4000, SanCor 4065 y SanCor 5000.

Eventualmente auditoria podrá solicitar que se adjunte la rx panorámica para corroborar el diagnóstico.

09.02.05 - Tele-radiografíacefalométrica.

Norma: Indicar motivo de la solicitud.

09.02.07 – Radiografía de ATM (Articulación Temporomandibular)

Norma: Indicar motivo de la solicitud.

CAPITULO X**10 - CIRUGIA BUCAL**

Norma: Las prácticas de cirugía bucal que requieren de radiografías pre y post operatorias, éstas estarán incluidas en el valor de la prestación.

10.01 - Extracción dentaria.

Norma: Se reconocerá por única vez en cada elemento.

10.02 - Plástica de comunicación buco-sinusal.

Norma: Para su reconocimiento deberá acompañarse la radiografía pre-operatoria que justifique la realización de la práctica.

10.03 - Biopsia por punción o aspiración o escisión.

Norma: no incluye el estudio anatomo-patológico.

10.04 - Alveolectomía estabilizadora.

Norma: Solicitar autorización previa.

10.05 - Reimplante dentario inmediato al traumatismo con inmovilización.**10.06 - Incisión y drenaje de abscesos.****10.08 - Extracción dentaria en retención mucosa.**

Norma: Se requiere radiografía *pre y post-operatoria*.

10.09 - Extracción de diente con retención ósea.

Norma: Se requiere radiografía *pre y post-operatoria*.

10.10 - Germectomía.

Norma: Se requiere radiografía *pre y post-operatoria*.

10.11 - Liberación de dientes retenidos.**10.12 - Apicectomía.**

Norma: Solicitar autorización previa. Se requiere radiografía *pre y post operatoria*.

10.13 - Tratamiento de osteomielitis.**10.14 - Extracción de cuerpo extraño.****10.15 - Aveolectomía correctiva.**

Norma: Solicitar autorización previa.

10.16 – Frenectomía**10.16.01 - Quiste o extracción de tumores en tejidos duros hasta 1 cm.**

Norma: Solicitar autorización previa. Enviar resultado del estudio anatomopatológico.

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

Norma: Solicitar autorización previa. Enviar resultado del estudio anatomopatológico.

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

Norma: Solicitar autorización previa. Enviar resultado del estudio anatomopatológico.

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

Norma: Solicitar autorización previa. Enviar resultado del estudio anatomopatológico.

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

Norma: Solicitar autorización previa. Enviar resultado del estudio anatomopatológico.

10.17.03 - Extracción de tumores en tejidos blandos de más de 3 cm.

Norma: Solicitar autorización previa. Enviar resultado del estudio anatomopatológico.

10.17.04 - Tratamiento quirúrgico de periocoronaritis.

Norma: Solicitar autorización previa.

10.17.05 - Radectomy.

Norma: Solicitar autorización previa. Se requiere radiografías *pre y post operatorias*.

10.23 - Cirugía periodontal por sector.

Norma: Solicitar autorización previa. Radiografías *pre y post operatorias*.

Servicio Odontológico

Nomenclador

Productos: GRAV – NO GRAV

<u>ODONTOLOGIA GENERAL</u>	
<u>CAPITULOS</u>	<u>DESCRIPCIONES</u>
CAPITULO 1	CONSULTAS
01.01	CONSULTA. DIAGNÓSTICO. FICHADO Y PLAN DE TRATAMIENTO
01.04	CONSULTA DE URGENCIA
CAPITULO 2	OPERATORIA DENTAL
02.01	OBTURACIÓN CAVIDAD SIMPLE
02.02	OBTURACIÓN CAVIDAD COMPUESTA
02.03	OBTURACIÓN CAVIDAD COMPLEJA
02.04	OBTURACIÓN CON TORNILLO EN CONDUCTO
02.08	OBTURACIÓN SIMPLE CON RESINA DE FOTOCURADO, SECTOR ANTERIOR
02.09	RESTAURACIÓN COMPUESTA O COMPLEJA CON RESINA DE FOTOCURADO, SECTOR ANTERIOR
02.15	OBTURACIÓN SIMPLE CON RESINA DE FOTOCURADO, SECTOR POSTERIOR
02.16	RESTAURACIÓN COMPUESTA O COMPLEJA CON RESINA DE FOTOCURADO, SECTOR POSTERIOR
CAPITULO 3	ENDODONCIA - SIN OBTURACION
03.01	TRATAMIENTO ENDODÓNTICO EN UNIRRADICULARES
03.02	TRATAMIENTO ENDODÓNTICO EN MULTIRRADICULARES
03.03	TRATAMIENTO ENDODÓNTICO EN TRIRRADICULARES

0800 – 7777 – SALUD (72583) | www.sancorsalud.com.ar | info@sancorsalud.com.ar
Sede Central Sunchales | Av. Independencia 206| Tel. (03493) 423456 – 429500 | (03493) 420794

Sede Buenos Aires | Sarmiento 801 | Tel. (011) 4325 - 3030

03.05	BIPULPECTOMÍA PARCIAL
03.06	NECROPULPECTOMÍA PARCIAL O MOMIFICACIÓN
CAPITULO 5	<u>ODONTOLOGIA PREVENTIVA</u>
05.01	TARTRECTOMÍA Y CEPILLADO MECÁNICO
05.02	CONSULTA PREVENTIVA. TERAPIAS FLUORADAS
05.04	CONSULTA PREVENTIVA. DETECCIÓN CONTROL DE PLACA BACTERIANA Y ENSEÑANZA DE TÉCNICA DE HIGIENE BUCAL
05.05	SELLADORES DE SURCOS, FOSAS Y FISURAS
05.06	APLICACIÓN DE CARIOSTÁTICOS EN PIEZAS DENTARIAS PERMANENTE
CAPITULO 7	<u>ODONTOPEDIATRIA</u>
07.01	CONSULTA DE MOTIVACIÓN
07.02	MANTENEDOR DE ESPACIO
07.04	TRATAMIENTO EN DIENTES PRIMARIOS TEMPORALES CON FORMOCRESOL
07.05	CORONA DE ACERO PROVISORIA POR DESTRUCCIÓN CORONARIA
07.06	REIMPLANTE DENTARIO E INMOVILIZACIÓN POR LUXACIÓN TOTAL
07.07	PROTECCIÓN PULPAR DIRECTA
CAPITULO 8	<u>PERIODONCIA</u>
08.01	CONSULTA DE ESTUDIO. SONDAJE. FICHADO. DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO
08.02	TRATAMIENTO DE GINGIVITIS
08.03	TRATAMIENTO DE PERIODONTITIS DESTRUCTIVA LEVE O MODERADA
08.04	TRATAMIENTO DE PERIODONTITIS DESTRUCTIVA SEVERA
08.05	DESGASTE SELECTIVO O ARMONIZACIÓN OCCLUSAL
08.06	PLACAS DE RELAJACIÓN PARA BRUXISMO RÍGIDA.
CAPITULO 9	<u>RADIOLOGIA</u>
09.01.01	PERIAPICAL. TÉCNICA DE CONO CORTO O CONO LARGO
09.01.02	BITE-WING
09.01.03	OCLUSAL 6 X 8 CM
09.01.04	MEDIA SERIADA DE 7 PELÍCULAS. TÉCNICAS DE CONO CORTO O CONO LARGO
09.01.05	SERIADAS DE 14 PELÍCULAS. TÉCNICAS DE CONO CORTO O CONO LARGO
09.02.04	PANTOMOGRAFÍA
09.02.05	TELE-RADIOGRAFÍA CEFALOMÉTRICA
09.02.07	RADIOGRAFÍA DE ATM (ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR)
CAPITULO 10	<u>CIRUGIA BUCAL</u>
10.01	EXTRACCIÓN DENTARIA
10.02	PLÁSTICA DE COMUNICACIÓN BUCO-SINUSAL
10.03	BIOPSIA POR PUNCIÓN O ASPIRACIÓN O ESCISIÓN
10.04	ALVEOLECTOMÍA ESTABILIZADORA
10.05	REIMPLANTE DENTARIO INMEDIATO AL TRAUMATISMO CON INMOVILIZACIÓN
10.06	INCISIÓN Y DRENAJE DE ABSCESOS
10.08	EXTRACCIÓN DENTARIA EN RETENCIÓN MUCOSA
10.09	EXTRACCIÓN DE DIENTE CON RETENCIÓN ÓSEA

10.10	GERMECTOMÍA
10.11	LIBERACIÓN DE DIENTES RETENIDOS
10.12	APICECTOMÍA
10.13	TRATAMIENTO DE OESTEOMIELITIS
10.14	EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO
10.15	AVEOLECTOMÍA CORRECTIVA
10.16	FRENECTOMÍA
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

<u>PROTESIS ODONTOLOGICAS</u>	
<u>CAPITULOS</u>	<u>DESCRIPCIONES</u>
CAPITULO 4	PROTESIS
04.01	PROTESIS FIJA
04.01.01	INCRUSTACIONES, CAVIDAD SIMPLE
04.01.02	INCRUSTACIONES, CAVIDAD COMPUUESTA O COMPLEJA
04.01.03	CORONA FORJADA
04.01.04	CORONA COLADA
04.01.05	CORONA COLADA CON FRENTE ESTÉTICO
04.01.06	CORONA ESPIGA
04.01.07	CORONA COLADA REVESTIDA DE ACRÍLICO
04.01.08	PERNO MUÑÓN SIMPLE
04.01.09	PERNO MUÑÓN SECCIONADO
04.01.10	TRAMO DE PUENTE COLADO
04.01.11	CORONA DE ACRÍLICO
04.01.12	CORONA, ELEMENTO PROVISORIO: POR UNIDAD
04.02	PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE
04.02.01	PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE DE ACRÍLICO, HASTA CUATRO DIENTES
04.02.02	PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE DE ACRÍLICO, DE CINCO O MÁS DIENTES
04.02.03	COLADOS EN CROMO COBALTO, HASTA CUATRO DIENTES
04.02.04	COLADOS EN CROMO COBALTO, DE CINCO O MÁS DIENTES

04.03	PROTESIS COMPLETA
04.03.01	PRÓTESIS COMPLETA SUPERIOR
04.03.02	PRÓTESIS COMPLETA INFERIOR
04.04	VARIOS
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
04.04.08	POR CADA RETENCIÓN SUBSIGUIENTE
04.04.09	CARILLA DE ACRÍLICO
04.04.10	REBASADO DE PRÓTESIS, CADA UNO
04.04.11	CUBETA INDIVIDUAL
04.04.12	LEVANTE DE ARTICULACIÓN, EN ACRÍLICO TRANSLÚCIDO Y RETENEDORES FORJADOS EN ACERO