



SEPTIEMBRE 2022		Valor total sin Coseguro - Planes SC/250 SC300- 2 prestaciones por mes. SC/ 500 SC/550 SC/600 SC/4000 – 3 prestaciones por mes (no incluye cod 101)	Plan SC 50 Coseguro \$1.000 en Consulta1 prestación por mes (no incluye cod. 101)	Plan SC100 y SC150 – coseguro \$595 en consulta 2 prestaciones por mes (no incluye cod. 101)
SCIS				
Código	Descripción SIN AUTORIZACIÓN PREVIA			
01.01	Consulta Fichado	\$ 1,890	\$890	\$ 1,364
01.04	Consulta de urgencia -	\$ 2,212	\$1,212	\$ 1,686
PRACTICAS ODONTOLÓGICAS			Coseguro \$1.000	Coseguro \$595
02.01	Amalgama Cavidad Simple	\$ 2,240	\$ 1,240	\$ 1,645
02.02	Amalgama Cavidad Compuesta	\$ 2,800	\$ 800	\$ 2,205
02.03	Obturación Reconstrucción de Angulo	\$ 3,800	\$ 2,800	\$ 3,205
02.09	Obturación con amalgama. Reconstrucción con refuerzo en Conducto	\$ 3,150	\$ 2,150	\$ 2,555
02.15	Obturaciones con luz halógena sector anterior	\$ 3,010	\$ 2,010	\$ 2,415
02.16	Obturaciones con luz halógena sector posterior	\$ 3,847	\$ 2,847	\$ 3,252
03.01	Tratamiento Unirradicular (Incluye RX)	\$ 6,150	\$ 5,150	\$ 5,555
03.02	Tratamiento Multiradicular 2 Cond. (Incluye RX)	\$ 7,150	\$ 6,150	\$ 6,555
03.05	Biopulpectomía Parcial (Incluye RX)	\$ 2,940	\$ 1,940	\$ 2,345
03.06	Necropulpectomía - Momificación (Incluye RX)	\$ 3,080	\$ 2,080	\$ 2,485
05.01	Tartrectomía y Cepillado mecánico	\$ 2,450	\$ 1,450	\$ 1,855
05.02	CONSULTA PREVENTIVA PERIODICA y APLIC.FLUOR	\$ 1,785	\$ 7185	\$ 1,190
05.04	Control de Placa Bacteriana - Tec. Higiene oral	\$ 1,596	\$ 596	\$ 1,001
05.05	SELLANTES DE PUNTOS Y FISURAS por pieza dental	\$ 1,820	\$ 820	\$ 1,225
05.06	TRATAMIENTO C/CARIOSTAT.(3 Sesiones)	\$ 4,000	\$ 3,000	\$ 3,405
07.01	CONSULTA DE ODONTOPEDIATRIA - MOTIVACION	\$ 2,492	\$ 1,492	\$ 1,897
07.04	Tto. Dientes primarios con formocresol (Incluye RX Post)	\$ 3,332	\$ 2,332	\$ 2,737



07.06	REDUCCION DE LUXACION CON INMOVILIZACION	\$ 7,000	\$ 6,000	\$ 6,405
07.07	LUXACION TOTAL CON INMOVILIZACION	\$ 7,500	\$ 6,500	\$ 6,905
08.01	CONSULTA - DIAG y PRONOST DE PERIODONCIA	\$ 2,380	\$ 1,380	\$ 1,785
08.02	TRATAMIENTO DE GINGIVITIS MARGINAL CRONICA	\$ 3,000	\$ 2,000	\$ 2,405
08.03	TRATAMIENTO DE PERIODONTITIS LEVE o MODERADA. Bolsas de hasta 5mm. Por cuadrante	\$ 2,940	\$ 1,940	\$ 2,345
08.04	TRATAMIENTO DE PERIODONTITIS SEVERA. Bolsas de 6mm o más. Por cuadrante	\$ 3,800	\$ 2,800	\$ 3,205
08.05	DESGASTE SELECTIVO O ARMONIZACION	\$ 2,000	\$ 1,000	\$ 1,405
08.07	TERAPIA MANTENIMIENTO	\$ 3,000	\$ 2,000	\$ 2,405
09.01.01	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	\$ 700	\$ 300	\$ 105
09.01.02	RADIOGRAFIA BITE-WING	\$ 700	\$ 300	\$ 105
09.01.03	RADIOGRAFIA OCLUSAL 6*8 CM	\$ 980	\$ 20	\$ 385
09.01.04	RADIOGRAFIA MEDIA SERIADA DE 7 EXPO	\$ 2,800	\$ 1,800	\$ 2,205
09.01.05	RADIOGRAFIA SERIADA DE 14 EXPOSICIO	\$ 4,200	\$ 3,200	\$ 3,605
09.02.04	PANTOMOGRAFIA	\$ 2,520	\$ 1,520	\$ 1,925
09.02.05	TELERADIOGRAFIA	\$ 2,520	\$ 1,520	\$ 1,925
10.01	EXTRACCION DENTARIA SIMPLE	\$ 3,360	\$ 2,360	\$ 2,765
10.02	COMUNICACION BUCO-SINUSAL	\$ 4,500	\$ 3,500	\$ 3,905
10.05	REIMPLANTES DENTARIOS INMEDIATOS	\$ 3,100	\$ 2,100	\$ 2,505
10.06	DRENAJE DE ABCESOS	\$ 2,300	\$ 1,300	\$ 1,705
10.09.01	EXTRACCION DIENTES RETENIDOS con Ret. Mucosa	\$ 5,700	\$ 4,700	\$ 5,105
10.09.02	EXTRACCION DIENTES RETENIDOS con Ret. Ósea	\$ 6,800	\$ 5,800	\$ 6,205
10.10	Germectomía	\$ 6,860	\$ 5,860	\$ 6,265

Al facturar se deberá descontar el importe del coseguro al valor de la práctica convenida.