

NOVIEMBRE 2022***		Valor total SIN Coseguro - Planes SC/250 SC300 SC/500 SC/550 SC/600 C/4000	Plan SC 50 Coseguro \$ 1200	Plan SC100 y SC150 Coseguro \$ 721 .
SCIS - C.O MENDOZA		Ver tope de prestaciones según plan mas abajo	Ver tope prestaciones según Plan mas Abajo	Ver tope de prestaciones según Plan mas Abajo
Codigo	Descripcion sin Autorización			
01.01	Consulta fichado	\$ 2,527	\$ 1,327	\$ 1,806
01.04	Consulta de urgencia -	\$ 2,957	\$ 1,757	\$ 2,236
02.01	Amalgama Cavity Simple	\$ 2,995	\$ 1,795	\$ 2,274
02.02	Amalgama Cavity Compuesta	\$ 3,744	\$ 2,544	\$ 3,023
02.03	OBTURACIÓN -RECONSTRUCCIÓN DE ÁNGULO	\$ 5,081	\$ 3,881	\$ 4,360
02.09	OBTURACIÓN CON/AMALGAMA .RECONSTRUCCIÓN CON REFUERZO EN CON	\$ 4,212	\$ 3,012	\$ 3,491
02.15	Obturaciones FC- EN ANTERIORES - Incluye simple y compuesta	\$ 4,024	\$ 2,824	\$ 3,303
02.16	Obturaciones FC - EN POSTERIORES incluye simple y compuesta	\$ 5,143	(Prestación no cubierta)	(Prestación no cubierta)
03.01	Tratamiento Uniradicular (Incluye RX)	\$ 8,223	\$ 7,023	\$ 7,502
03.02	Tratamiento Multiradicular 2 Cond. (Incluye RX)	\$ 9,560	\$ 8,360	\$ 8,839
03.05	Biopulpectomia Parcial (Incluye RX)	\$ 3,931	\$ 2,731	\$ 3,210
03.06	Necropulpectomia - Momificación (Incluye RX)	\$ 4,118	\$ 2,918	\$ 3,397
05.01	Tartectomia y Cepillado mecánico	\$ 3,276	\$ 2,076	\$ 2,555
05.02	CONSULTA PREVENTIVA PERIODICA y APLIC.FLUOR	\$ 2,387	\$ 1,187	\$ 1,666
05.05	SELLANTES DE PUNTOS Y FISURAS por pieza dental	\$ 2,433	\$ 1,233	\$ 1,712
05.06	CARIOSTÁTICOS 3 SESIONES	\$ 5,348	\$ 4,148	\$ 4,627
07.01	CONSULTA DE ODONTOPEDIATRIA - MOTIVACION	\$ 3,332	\$ 2,132	\$ 2,611
07.04	Tto. Dientes primarios con formocresol (Incluye RX Post)	\$ 4,455	\$ 3,255	\$ 3,734
07.06.01	REDUCCION DE LUXACION CON INMOVILIZACION	\$ 9,359	\$ 8,159	\$ 8,638
7.07	LUXACION TOTAL CON INMOVILIZACION	\$ 10,028	\$ 8,828	\$ 9,307
08.01	CONSULTA - DIAG y PRONOST DE PERIODONCIA	\$ 3,128	\$ 1,928	\$ 2,407
08.02	TRATAMIENTO DE GINGIVITIS MARGINAL CRONICA	\$ 4,011	\$ 2,811	\$ 3,290
08.03	TRATAMIENTO DE PERIODONTITIS LEVE o MODERADA. Bolsas de	\$ 3,931	\$ 2,731	\$ 3,210
08.04	TRATAMIENTO DE PERIODONTITIS SEVERA. Bolsas de 6mm o más.	\$ 5,081	\$ 3,881	\$ 4,360
08.05	DESGASTE SELECTIVO O ARMONIZACION	\$ 2,674	\$ 1,474	\$ 1,953
08.07	TERAPIA MANTENIMIENTO	\$ 4,011	\$ 2,811	\$ 3,290
09.01.01	RADIOGRAFIA PERIAPICAL	\$ 936	\$ 0	\$ 215
09.01.02	RADIOGRAFIA BITE-WING	\$ 1,023	\$ 0	\$ 302
09.01.03	RADIOGRAFIA OCLUSAL 6*8 CM	\$ 1,310	\$ 110	\$ 589
09.01.04	RADIOGRAFIA MEDIA SERIADA DE 7 EXPO	\$ 3,744	\$ 2,544	\$ 3,023
09.01.05	RADIOGRAFIA SERIADA DE 14 EXPOSICIO	\$ 5,615	\$ 4,415	\$ 4,894
09.02.04	PANTOMOGRAFIA	\$ 3,369	\$ 2,169	\$ 2,648
09.02.05	TELERADIOGRAFIA	\$ 3,369	\$ 2,169	\$ 2,648
10.01	EXTRACCION DENTARIA SIMPLE	\$ 4,492	\$ 3,292	\$ 3,771
10.02	COMUNICACION BUCO-SINUSAL	\$ 6,017	\$ 4,817	\$ 5,296
10.05	REIMPLANTES DENTARIOS INMEDIATOS	\$ 4,145	\$ 2,945	\$ 3,424
10.06	DRENAJE DE ABCESOS	\$ 3,075	\$ 1,875	\$ 2,354
10.09.01	EXTRACCION DIENTES RETENIDOS con Ret. Mucosa	\$ 7,621	\$ 6,421	\$ 6,900
10.09.02	EXTRACCION DIENTES RETENIDOS con Ret. Osea	\$ 9,092	\$ 7,892	\$ 8,371
10.10	Germectomia	\$ 9,172	\$ 7,972	\$ 8,451
Tope de prácticas por PLAN				
PLAN	COSEGURO DE PRESTACIONES POR PLAN	TOPE MENSUAL		
SC 50	\$1200	1 PRESTACION POR MES		
SC 100	\$721	2 PRESTACIONES POR MES		
SC 150	\$721	2 PRESTACIONES POR MES		
PLAN	COSEGURO DE PRESTACIONES POR PLAN	TOPE MENSUAL		
SC 250	S/C	2 PRESTACIONES POR MES		
SC 300	S/C	2 PRESTACIONES POR MES		
SC 500	S/C	3 PRESTACIONES POR MES		
SC 550	S/C	3 PRESTACIONES POR MES		
SC 600	S/C	3 PRESTACIONES POR MES		
SC 4000	S/C	3 PRESTACIONES POR MES		
<input type="checkbox"/> La consulta de fichado no esta incluida en el tope de prestación.				
Las prácticas no nomencladas, serán consideradas fuera de cobertura por lo que se cobrará al afiliado				

