



## SCIS - Aranceles Odontológicos

| MAYO 2025          |                                                                                                                                 | Valor total SIN Coseguro Planes SC/250 SC300 SC/500 SC/550 SC/600 SC/4000 | Plan SC 50 Coseguro Consulta \$11.000 / prestaciones \$ 10.000 | Plan SC100 y SC150 Coseguro Consulta \$9.000/ prestaciones \$ 8.000 |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| SCIS - C.O MENDOZA |                                                                                                                                 | Ver topes de prestaciones según plan más abajo                            | Ver tope prestaciones según Plan más Abajo                     | Ver tope de prestaciones según Plan más Abajo                       |
| Código             | Descripción sin Autorización                                                                                                    |                                                                           |                                                                |                                                                     |
| 01.01              | Consulta fichado                                                                                                                | \$ 16.873                                                                 | \$ 5.873                                                       | \$ 8.873                                                            |
| 01.04              | Consulta de urgencia -                                                                                                          | \$ 20.247                                                                 | \$ 9.247                                                       | \$ 12.247                                                           |
| 02.01              | Amalgama Cavidad Simple                                                                                                         | \$ 24.747                                                                 | \$ 14.747                                                      | \$ 16.747                                                           |
| 02.02              | Amalgama Cavidad Compuesta                                                                                                      | \$ 26.997                                                                 | \$ 16.997                                                      | \$ 18.997                                                           |
| 02.09              | OBTURACIÓN CON/AMALGAMA .RECONSTRUCCIÓN CON REFUERZO EN COND.                                                                   | \$ 37.120                                                                 | \$ 27.120                                                      | \$ 29.120                                                           |
| 02.15              | Obturaciones FC- EN ANTERIORES - Incluye simple y compuesta                                                                     | \$ 40.173                                                                 | \$ 30.173                                                      | \$ 32.173                                                           |
| 02.16              | Obturaciones FC - EN POSTERIORES incluye simple y compuesta. NO CUBIERTO, a cargo de los afiliados en planes SC50,SC100 Y SC150 | \$ 40.173                                                                 |                                                                |                                                                     |
| 03.01              | Tratamiento Unirradicular (Incluye RX)                                                                                          | \$ 72.312                                                                 | \$ 62.312                                                      | \$ 64.312                                                           |
| 03.02              | Tratamiento Multiradicular 2 Cond. (Incluye RX)                                                                                 | \$ 88.381                                                                 | \$ 78.381                                                      | \$ 80.381                                                           |
| 03.05              | Biopulpectomia Parcial (Incluye RX)                                                                                             | \$ 33.746                                                                 | \$ 23.746                                                      | \$ 25.746                                                           |
| 03.06              | Necropulpectomia - Momificación (Incluye RX)                                                                                    | \$ 33.746                                                                 | \$ 23.746                                                      | \$ 25.746                                                           |
| 05.01              | Tartectomia y Cepillado mecánico                                                                                                | \$ 24.747                                                                 | \$ 14.747                                                      | \$ 16.747                                                           |
| 05.02              | CONSULTA PREVENTIVA PERIODICA y APLIC.FLUOR                                                                                     | \$ 21.372                                                                 | \$ 11.372                                                      | \$ 13.372                                                           |
| 05.05              | SELLANTES DE PUNTOS Y FISURAS por pieza dental                                                                                  | \$ 17.998                                                                 | \$ 7.998                                                       | \$ 9.998                                                            |
| 07.01              | CONSULTA DE ODONTOPEDIATRIA - MOTIVACION                                                                                        | \$ 22.497                                                                 | \$ 12.497                                                      | \$ 14.497                                                           |
| 07.04              | Tto. Dientes primarios con formocresol (Incluye RX Post)                                                                        | \$ 33.746                                                                 | \$ 13.746                                                      | \$ 25.746                                                           |
| 07.06.01           | REDUCCION DE LUXACION CON INMOVILIZACION                                                                                        | \$ 71.991                                                                 | \$ 61.991                                                      | \$ 63.991                                                           |
| 08.01              | CONSULTA - DIAG y PRONOST DE PERIODONCIA                                                                                        | \$ 22.497                                                                 | \$ 12.497                                                      | \$ 14.497                                                           |
| 08.02              | TRATAMIENTO DE GINGIVITIS MARGINAL CRONICA                                                                                      | \$ 33.746                                                                 | \$ 23.746                                                      | \$ 25.746                                                           |
| 08.03              | TRATAMIENTO DE PERIODONTITIS LEVE o MODERADA. Bolsas de hasta 5mm. Por cuadrante                                                | \$ 25.872                                                                 | \$ 15.872                                                      | \$ 17.872                                                           |
| 08.04              | TRATAMIENTO DE PERIODONTITIS SEVERA. Bolsas de 6mm o más. Por cuadrante                                                         | \$ 33.521                                                                 | \$ 23.521                                                      | \$ 25.521                                                           |
| 08.05              | DESGASTE SELECTIVO O ARMONIZACION                                                                                               | \$ 20.247                                                                 | \$ 10.247                                                      | \$ 12.247                                                           |



|          |                                                                                               |           |           |           |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| 09.01.01 | RADIOGRAFIA PERIAPICAL                                                                        | \$ 6.149  |           |           |
| 09.01.02 | RADIOGRAFIA BITE-WING                                                                         | \$ 6.721  |           |           |
| 09.01.03 | RADIOGRAFIA OCLUSAL 6*8 CM                                                                    | \$ 8.607  |           | \$ 607    |
| 09.01.04 | RADIOGRAFIA MEDIA SERIADA DE 7 EXPO                                                           | \$ 24.598 | \$ 14.598 | \$ 16.598 |
| 09.01.05 | RADIOGRAFIA SERIADA DE 14 EXPOSICIO                                                           | \$ 36.890 | \$ 26.890 | \$ 28.890 |
| 09.02.04 | PANTOMOGRFIA ( No está cubierta con diagnóstico de ortodoncia, prótesis ni implantes)         | \$ 30.596 | \$ 20.596 | \$ 22.596 |
| 10.01    | EXTRACCION DENTARIA SIMPLE                                                                    | \$ 29.512 | \$ 19.512 | \$ 21.512 |
| 10.02    | COMUNICACION BUCO-SINUSAL                                                                     | \$ 39.531 | \$ 29.531 | \$ 31.531 |
| 10.05    | REIMPLANTES DENTARIOS INMEDIATOS                                                              | \$ 27.232 | \$ 17.232 | \$ 19.232 |
| 10.06    | DRENAJE DE ABCESOS                                                                            | \$ 20.202 | \$ 10.202 | \$ 12.202 |
| 10.09.01 | EXTRACCION DIENTES RETENIDOS con Ret. Mucosa                                                  | \$ 50.069 | \$ 40.069 | \$ 42.069 |
| 10.09.02 | EXTRACCION DIENTES RETENIDOS con Ret. Osea (require envir mail al facturar con Rx pre y post) | \$ 59.733 | \$ 49.733 | \$ 51.733 |
| 10.10    | Germectomia                                                                                   | \$ 60.259 | \$ 50.259 | \$ 52.259 |

### Tope de prácticas por PLAN

| PLAN    | COSEGURO DE PRESTACIONES POR PLAN | TOPE MENSUAL           |
|---------|-----------------------------------|------------------------|
| SC 50   | \$ 10.000                         | 1 PRESTACION POR MES   |
| SC 100  | \$ 8.000                          | 1 PRESTACIONES POR MES |
| SC 150  | \$ 8.000                          | 1 PRESTACIONES POR MES |
| PLAN    | COSEGURO DE PRESTACIONES POR PLAN | TOPE MENSUAL           |
| SC 250  | S/C                               | 1 PRESTACIONES POR MES |
| SC 300  | S/C                               | 1 PRESTACIONES POR MES |
| SC 500  | S/C                               | 2 PRESTACIONES POR MES |
| SC 550  | S/C                               | 2 PRESTACIONES POR MES |
| SC 600  | S/C                               | 2 PRESTACIONES POR MES |
| SC 4000 | S/C                               | 2 PRESTACIONES POR MES |

→ La consulta de fichado no esta incluida en el tope de prestación.

Las prácticas no nomenciadas, serán consideradas fuera de cobertura por lo que se cobrará al afiliado  
Para casos particulares que el afiliado necesite con urgencia algún tratamiento, deberán escribir a:

[prestadpres.odonto@scis.com.ar](mailto:prestadpres.odonto@scis.com.ar)

Solicitando la autorización del tratamiento e indicando motivo de la excepción.

No se reconocen el recambio de restauraciones con fines estéticos, sólo su realización con fines terapéuticos. Se recuerda que los planes SC 50, SC 100 y SC 150, NO tienen cubierto los fotocurados en piezas posteriores (0216) quedando a cargo de los afiliados.