

Vigencia: 01/08/2024

AGOSTO

CODIGO	DESCRIPCION	VALOR
<b>I. CONSULTAS ODONTOLÓGICAS</b>		
01.01	Consulta, Diagnóstico fichado y plan de tratamiento.	\$ 10.493,00
01.04	Consulta de urgencia.	\$ 10.493,00
<b>II. OBTURACIONES</b>		
02.02	Restauraciones. Cualquier tipo. Simples.	\$ 17.684,90
02.15	Restauraciones. Cualquier tipo. Compuestas o complejas.	\$ 31.048,31
<b>III. ENDODONCIA</b>		
03.01 (*)	Tratamiento de un solo conducto. <b>NO Incluye RX</b>	\$ 42.803,87
03.02 (*)	Tratamiento de dos o más conductos. <b>NO incluye RX</b>	\$ 61.955,05
03.05 (*)	Biopulpectomía parcial. <b>Incluye RX</b>	\$ 17.684,90
03.06 (*)	Necropulpectomía parcial. <b>Incluye RX</b>	\$ 23.581,61
<b>V. ODONTOLOGIA PREVENTIVA</b>		
05.01	Tartrectomía y cepillado mecánico.	<b>NO CUBIERTO</b>
05.02	Consulta preventiva periódica para menores. Topicación con flúor.	<b>NO CUBIERTO</b>
05.05	Selladores de puntos y fisuras.	<b>NO CUBIERTO</b>
<b>VII. ODONTOPEDIATRIA</b>		
07.01	Consulta, fichado y motivación.	\$ 15.173,52
07.04	Tratamiento de dientes primarios con formocresol.	\$ 24.334,49
<b>VIII. PERIODONCIA</b>		
08.01	Consulta de estudio. Diagnóstico y pronóstico.	\$ 19.846,15
08.02	Tratamiento de gingivitis marginal crónica.	<b>NO CUBIERTO</b>
08.03	Tratamiento de periodontitis destructiva leve o moderada <b>por sector</b>	\$ 18.314,06
08.04	Tratamiento de periodontitis destructiva severa <b>por sector</b>	\$ 23.710,60
<b>IX. RADIOLOGIA</b>		
09.01.01	Radiografía periapical simple	\$ 4.583,12
09.01.03	Radiografía oclusal.	<b>NO CUBIERTO</b>
09.01.04	Radiografía media seriada (siete películas).	<b>NO CUBIERTO</b>
09.01.05	Radiografía seriada (catorce películas).	<b>NO CUBIERTO</b>
09.05.00 (*)	Radiografía panorámica. Pantomografía. <b>C/ Autorización</b>	\$ 20.077,80
<b>X. CIRUGIA BUCAL</b>		
10.01	Extracción dentaria simple.	\$ 29.478,33
10.02	Plástica de comunicación bucosinusal.	\$ 17.429,54
10.03 (*)	Biopsia por punsión o aspiración.	\$ 13.328,16
10.04	Alveolectomía estabilizadora.	<b>NO CUBIERTO</b>
10.05	Reimplante dentario inmediato al traumatismo.	<b>NO CUBIERTO</b>
10.06	Incisión y drenaje de abscesos por vía intrabucal.	\$ 17.684,90
10.08	Alargamiento quirúrgico de la corona clínica.	<b>NO CUBIERTO</b>
10.09.01	Extracción de piezas en retención mucosa.	<b>NO CUBIERTO</b>
10.09.02 (*)	Extracción de piezas con retención ósea. <b>Rx incluida.</b>	\$ 58.954,04
10.10	Germectomía.	<b>NO CUBIERTO</b>
10.11	Liberación de dientes retenidos.	<b>NO CUBIERTO</b>
10.12	Apicectomía.	<b>NO CUBIERTO</b>
10.13	Tratamiento de osteomielitis.	<b>NO CUBIERTO</b>
10.14	Extracción de cuerpos extraños.	<b>NO CUBIERTO</b>
10.15	Alveolectomía correctiva.	<b>NO CUBIERTO</b>

Límite de 2 (dos) prestaciones mensuales.

\* Requiere solicitar autorización a: [autorizaciones@assistdentgroup.com](mailto:autorizaciones@assistdentgroup.com)