

Convenio O.S Luis Pasteur

NORMAS OPERATIVAS

ATENCION ODONTOLOGICA

- A. “**EL PROFESIONAL**” se compromete a aplicar los Programas de Prevención y Promoción de la Salud que “**LA OBRA SOCIAL**” tiene implementado para todos sus afiliados.
- B. “**LA OBRA SOCIAL**” podrá auditar en cualquier momento el cumplimiento y calidad de las prestaciones contratadas a través de los Auditores Odontológicos designados por “**LA OBRA SOCIAL**”, igual facultad podrá ser ejercida por los Auditores designados por la Superintendencia de Servicios de Salud. “**EL PROFESIONAL**” deberá permitir al auditor odontológico de “**LA OBRA SOCIAL**” acceder al registro de prestaciones odontológicas comprometiéndose este a resguardar el debido secreto.

PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCION

- a. El afiliado deberá presentar en todos los casos el carnet de beneficiario y documento de identidad. De no contar con alguno de ellos comunicarse con el Servicio de Atención Telefónica **(11) 4370-1000**.
- b. Las credenciales de los afiliados cuentan con un número de **once (11) dígitos** y tienen una renovación automática periódica.

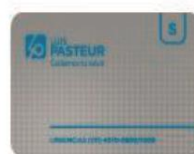
Hay diferentes tipos de credenciales:

- Plan **V**
- Plan **S** y Planes **P-N-L-J-E-M**
- Plan **Novo** identificables por la letra que figura al frente de la misma.

- Plan V



- Plan S



- Plan P, N, M, L, J y E



El diseño de la credencial es el mismo para los planes P, N, M, L, J y E. Allí se indica la letra del plan.

- Plan Novo



Mensualmente es publicado el listado de **Credenciales Inhabilitadas**. El acceso al mencionado listado lo puede efectuar por la página Web www.oslpasteur.com.ar. Para acceder a la misma deberá ingresar su Nº de CUIT completo, corrido, sin guiones y su número de prestador.

Las prestaciones realizadas a los asociados que figuren en el listado de **credenciales inhabilitadas** no serán reconocidas por “**LA OBRA SOCIAL**”, por lo tanto, serán debitadas de la facturación.

Soluciones Online

Consulta on-line de Credenciales Inhabilitadas

Ingresa la credencial que desea verificar
(11 dígitos -complete con 0 si fuera necesario-)

Consulta

Restablecer

Consulta off-line de credenciales Inhabilitadas

Instrucciones:

- Seleccione el formato del archivo que desea consultar,
- Seleccione la carpeta de su PC donde quiere instalarlo,
- Una vez que se descargue el archivo, descomprímalo y ábralo con doble click.

Archivo para abrir con WordPad o Word	Archivo para abrir con Excel
Inhabtxt.zip	Inhabxls.zip

Afiliados con Prestaciones Alcanzadas por el I.V.A.

De la misma manera descripta en el párrafo anterior, los prestadores podrán acceder también al listado de **afiliados alcanzados por el I.V.A.**

- Al iniciar el tratamiento “**EL PROFESIONAL**” procederá a confeccionar la ficha de prestaciones en forma clara, legible y completará los datos requeridos.
- En el anverso de la ficha de prestaciones en la parte superior, deberán constar los datos personales del afiliado. Dado que esta ficha reflejará el estado bucodental del paciente al momento de la atención, “**EL PROFESIONAL**” registrará en el odontograma todos los tratamientos efectuados anteriormente en **rojo** y los tratamientos a realizar con **azul**.
- “**EL PROFESIONAL**” registrará, en el anverso de la ficha de prestaciones, la fecha en que fue realizado cada tratamiento, sobre qué pieza dentaria se trabajó, el código de dicha prestación, arancel

correspondiente a la fecha en que se efectuó la prestación, coseguro percibido y firmará el afiliado dando su conformidad.

DERIVACIONES

- c. **“EL PROFESIONAL”** solicitará las prácticas de diagnóstico y/o tratamiento que considere necesarias a los profesionales y/o a los centros especializados que **“LA OBRA SOCIAL”** tiene contratados, exclusivamente.

PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS

“EL PROFESIONAL” podrá prescribir medicamentos, en cuyo caso lo hará en forma exclusiva para el paciente que motivó la consulta.

En los casos que se requieran mayores cantidades a las establecidas, se debe indicar en la receta de puño y letra de **“EL PROFESIONAL”**, la leyenda **“TRATAMIENTO PROLONGADO”**.

- Firma, N° de matrícula y sello aclaratorio.

La prescripción de medicamentos se realizará de acuerdo a la ley 25649, decreto PEN 987/03 y resolución 326/02 del Ministerio de Salud de la Nación y normas complementarias.

COBERTURA Y COSEGURO

“LA OBRA SOCIAL” cubre todas las prestaciones incluidas en el Nomenclador Odontológico de **“LA OBRA SOCIAL”**.

- En los casos que se realicen prácticas como ***placas de relajación, selladores o fotocurado en piezas posteriores***, el afiliado deberá abonar a **“EL PROFESIONAL”** sólo el **coseguro** que figura en el Anexo ... de aranceles.
- En el **Capítulo VI, “Ortodoncia”** los planes **V, S, P, N y Novo** tienen cobertura 100% (cien por ciento) a cargo de **“LA OBRA SOCIAL”**, mientras que los planes **M, L, J, E** abonan el **coseguro** según figura en el Anexo ... de aranceles.
- En el **Capítulo IV, “Prótesis”** los afiliados de los Planes **S, P, N, M, L, J, E y Novo** poseen un monto de subsidio según el plan. Lo que excede el mismo será abonado por el afiliado en el consultorio de **“EL PROFESIONAL”**. El monto es renovable por año calendario y estas prácticas están sujetas a la autorización previa que la emitirá **“LA OBRA SOCIAL”**.
- En el **Capítulo “Implantología”** los afiliados del plan **V** tiene cobertura del 100% (cien por ciento) de la práctica hasta seis (6) implantes por maxilar y requiere la autorización previa de **“LA OBRA SOCIAL”**; Los planes **S y P** poseen monto de subsidio según el plan. Lo que excede el mismo será abonado por el afiliado en consultorio de **“EL PROFESIONAL”**. El monto es renovable por año calendario y esta práctica está sujeta a la autorización previa de **“LA OBRA SOCIAL”**. Los planes **L, J, N, E y Novo** abonarán el 100% (cien por ciento) del arancel preferencial establecido en el Anexo I de aranceles en el capítulo de Implantología.

- No abonarán coseguro los afiliados incluidos en el Plan V en ninguna práctica.
- El profesional debe emitir una factura o recibo, según corresponda, al afiliado por los copagos o sumas que este abone.

NORMAS DE FACTURACION

- “EL PROFESIONAL” remitirá a “LA OBRA SOCIAL” la ficha de prestaciones. Cuando se trate de continuación de tratamiento o pacientes derivados por otro profesional, **no facturará el código de consulta (01.01) ni tampoco completará el odontograma.**
- Las prestaciones serán facturadas de acuerdo con el valor vigente a la fecha de su realización y hasta un plazo de 60 (sesenta) días de realización de las prácticas.
- Las prestaciones del **Capítulo IV, “Prótesis”** deberán ser facturadas una vez concluidas las mismas, ej. **04.01.08** se facturará el día de su cementado en boca.
- “EL PROFESIONAL” está autorizado a realizar todas las prácticas que figuran en el convenio. Para el resto de las prácticas no incluidas en el contrato “EL PROFESIONAL” derivará al paciente a los especialistas de cartilla. Tampoco se reconocerá la cobertura de dichas prácticas vía reintegro al afiliado, debiendo “EL PROFESIONAL” informárselo al paciente.

PRÁCTICAS CON AUTORIZACIÓN PREVIA: Aquellas prácticas que necesiten autorización previa de “LA OBRA SOCIAL” sólo podrán ser realizadas por aquellos prestadores contratados para realizarlas:

- | | |
|--------------|---------------------------|
| ✓ Prótesis | ✓ Trazados cefalométricos |
| ✓ Ortodoncia | ✓ Implantes |
| ✓ Ortopedia | ✓ Tratamientos de ATM |

Las **autorizaciones** pueden efectuarlas:

- El afiliado: Vía mail a autorizaciones@oslpasteur.com o personalmente en los Centros y Sucursales.
 - El profesional: Vía mail: autorizaciones@oslpasteur.com.ar
- La facturación no podrá exceder el plazo de **sesenta (60) días corridos** de realizada la prestación.

Si es **Responsable Inscripto** deberá presentar dos (2) facturas, una con las prácticas realizadas a los afiliados gravados con I.V.A. (nuestras credenciales lo identifican: “Prestaciones Alcanzadas por el I.V.A.”) y otra factura con los afiliados no gravados con I.V.A. (“Prestaciones exentas de I.V.A.”).

Si no es **Responsable Inscripto**, deberá presentar una única factura.

REFACTURACION

- En caso de **débitos**, éstos deberán ser facturados dentro de los **sesenta (60)** días corridos de abonada la factura y en forma separada con una próxima facturación, dentro del tiempo estipulado para la presentación de ésta, adjuntando la carta de ajuste oportunamente emitida.
- La documentación que se re factura deberá ser presentada como se indica a continuación:
 - Ficha de refacturación con leyenda aclaratoria (**refacturación**)
 - Fotocopia del listado de ajuste de las prestaciones debitadas
 - Planilla de rendición mensual de prestaciones.

NORMAS GENERALES y PARTICULARES

Se aplicarán las normas generales y particulares vigentes del nomenclador de **“LA OBRA SOCIAL”**, las que a continuación se detallan:

CAPITULO I: CONSULTAS

- **Cód. 01.01:** Este código incluye el examen, diagnóstico, fichado y plan de tratamiento. **Se facturará una vez al año calendario por afiliado y por profesional.** Para su reconocimiento se deberá adjuntar una ficha odontológica debidamente cumplimentada con los datos requeridos, las firmas y el estado bucal del paciente, facturando dicho código en la documentación correspondiente. No lo podrán facturar los especialistas que efectúen prácticas derivadas por otro prestador.
Omitir la confección del diagrama dentario, dará lugar al débito no sólo de este código, sino la totalidad de lo facturado en la ficha correspondiente.
- **Cód. 01.04:** Consulta de Urgencia. **En Capital Federal y GBA solo lo podrán realizar los centros de urgencia contratados.**

Se considera consulta de urgencia a toda prestación odontológica que no constituye paso previo, intermedio, y/o final de un tratamiento o consecuencia del mismo. Ej.: pericoronaritis, estomatitis, cementado de coronas y puentes, punción **y drenaje de abscesos, hemorragias, alveolitis, etc.** **Se deberá establecer en todos los casos el diagnóstico y pieza dentaria que motivan la consulta.** En todos los casos que por algún motivo la Auditoría haya debitado la práctica por no ajustarse a la norma operativa, el débito **no es refacturable.**

CAPITULO II RESTAURACIONES

1. Alcance y Cobertura

- **Restauraciones Generales:** Comprende las obturaciones con cualquier material y técnica, exceptuando las restauraciones estéticas en el sector posterior.
- **Restauraciones de Fotocurado Posterior:** Comprende específicamente las obturaciones con material estético de fotocurado en premolares y molares.

- **Copago:** Para el fotocurado posterior, el afiliado deberá abonar un copago obligatorio según su plan, detallado en el *ANEXO I de aranceles*.

2. Criterios de Reconocimiento y Facturación

- **Cómputo por Cara:** Se reconocerá un (1) código por cada cara tratada. En todos los casos es obligatorio informar el número de pieza dentaria y las caras afectadas.
- **Caras Contiguas:** Si se realiza una restauración continua que abarque caras contiguas, se reconocerá como un solo código.
- **Fosas Oclusales:** Cuando se obturen por separado distintas fosas de la cara oclusal, se reconocerá un código independiente por cada una de ellas.

3. Período de Garantía y Limitaciones

- **Repetición del Tratamiento:** No se reconocerá una nueva restauración en la misma pieza dentaria hasta transcurridos tres (3) años de la práctica original, siempre que sea efectuada por el mismo profesional.
- **Restricción de Extracciones:** Durante el período de garantía, no se reconocerá la extracción de la pieza obturada hasta dos (2) años después de la fecha de realización del trabajo, si la práctica es ejecutada por el mismo profesional.

El afiliado deberá abonar un copago según el plan. El mismo se detalla en ANEXO I de aranceles.

- **Cód. 02.02** Obturación con amalgama. Simples, compuestas y complejas.
- **Cód. 02.08** Obturación con resinas de autocurado.
- **Cód. 02.09** Reconstrucción de ángulo.
- **Cód. 02.15.01** Obturación con luz halógena. Anteriores.
- **Cód. 02.15.02** Obturación con luz halógena. Posteriores.

CAPITULO III ENDODONCIA

1. Consentimiento y Responsabilidad

- **Firma del Paciente:** Es obligatorio que el beneficiario firme el consentimiento informado antes de la intervención, avalando la comprensión del tratamiento y de las indicaciones pre y posoperatorias.
- **Piezas Debilitadas:** Se debe informar al paciente que la pieza tratada queda debilitada y requiere tratamiento protético. Si el paciente opta por una restauración convencional, deberá firmar un deslinde de responsabilidad ante una eventual fractura de la pieza.

2. Requisitos Radiográficos para el Reconocimiento

- **Estudios Obligatorios:** Todo tratamiento debe acompañarse, como mínimo, de radiografías pre y posoperatorias (incluidas en el valor de la prestación), las cuales quedarán en poder de la Obra Social.
- **Presentación:** Las radiografías se entregarán en un sobre adecuado, rotulado con: nombre y apellido del paciente y del profesional, número de afiliado, fecha y pieza tratada.
- **Criterio de Aceptación:** En la radiografía posoperatoria debe visualizarse la correcta preparación y obturación del/los conductos, debiendo llegar el material radiopaco hasta el límite cemento-dentinario (aprox. de 1 a 2 mm).

3. Exclusiones y Limitaciones de Cobertura

- **Garantía de Tratamiento:** No se reconocerá un nuevo tratamiento en la misma pieza dentro de los tres (3) años posteriores si se constata que no se realizó la restauración indicada por el profesional.
- **Casos No Cubiertos:** No se reconocerán tratamientos en: restos radiculares, piezas con gran destrucción coronaria y escaso soporte óseo, o procesos apicales crónicos.

4. Auditoría y Casos Especiales

- **Sobre obturación o Sub obturación:** La sobre obturación con elementos no reabsorbibles está contraindicada. En casos de sobre obturación o cuando el tratamiento no alcance el límite apical, el profesional deberá presentar la justificación correspondiente para que la Auditoría Odontológica evalúe su reconocimiento.
- **Ápices Inmaduros:** En piezas con desarrollo apical incompleto, se reconocerá la re-obturación semestral hasta un máximo de tres (3) intervenciones. La primera se factura al 100% y las restantes al 50% del valor vigente. Tratamientos más prolongados requieren autorización previa de Auditoría.

4. Derivaciones y Facturación

Derivación a Especialistas: **Debe realizarse en recetario especificando la pieza dentaria. Para su cobro, es obligatorio adjuntar la orden de derivación a la facturación.**

- **Código de Consulta (01.01.00):** Solo se podrá facturar este código cuando no sea posible realizar la práctica indicada por el profesional derivante, debiendo especificar explícitamente el motivo del rechazo.

- **Cód. 03.01: Tratamiento unirradicular.** Para su reconocimiento se deberá visualizar en las Rx pre y posoperatoria la presencia, instrumentación y correcta obturación del conducto radicular.
- **Cód. 03.02: Tratamiento multirradicular.** Para su reconocimiento se deberá visualizar en las Rx pre y posoperatoria la presencia, instrumentación y correcta obturación de dos o más conductos radiculares.
- **Cód. 03.05: Biopulpectomía parcial.** Se incluye valor de dos (2) radiografías pre y posoperatorias. No se reconocerá ningún otro tratamiento endodóntico hasta un (1) año después de realizada.
- **Cód. 03.06 Necropulpectomía parcial.**

CAPITULO V: PREVENCIÓN

- **Cód. 05.01.: Módulo Preventivo Adulto.** Incluye detección y control de placa, enseñanza de técnica de higiene, topicación con flúor (cualquier técnica) tartrectomía y cepillado mecánico. Se reconocerá desde los catorce (14) años, una vez por año y por tratamiento en ambas arcadas.
- **Cód. 05.02: Módulo Preventivo Niños.** Incluye cepillado previo, aplicación de flúor, enseñanza de técnica de higiene oral, detección y control de placa. Se reconocerá cada seis (6) meses y hasta los trece (13) años de edad inclusive, por tratamiento y en ambas arcadas.
- **Cód. 05.05:** Sellantes de puntos y fisuras por pieza dental (premolaes y molares). Se aplicará solamente en piezas permanentes. Se reconocerá cada dos (2) años hasta los quince (15) años de edad inclusive.

El afiliado deberá abonar un copago según el plan. El mismo se detalla en el ANEXO I de aranceles.

CAPITULO VII: ODONTOPEDIATRIA

- **Cód. 07.01: Motivación Consulta Fichado y Plan de Tratamiento en menores de diez (10) años.** Se reconocerá por única vez. Incluye el código 01.01.00. Exclusivamente para Odontopediatría.
- **Cód. 07.04: Tratamiento de dientes primarios con formocresol.** Se reconocerá con radiografía pre y posoperatorias incluidas en el valor de la práctica. Para la realización del mismo el diente tratado no debe encontrarse en el período de exfoliación normal. Se aplica en pacientes de hasta los once (11) años de edad inclusive y tiene una garantía de por vida.

CAPITULO VIII: PERIODONCIA

- **Cód. 08.01:** Consulta de estudio - Diagnóstico - Pronóstico. Incluye la confección de la ficha periodontal completa. Incluye 01.01.00. Siempre se facturará con el código 08.03 y 08.04.
- **Cód. 08.02:** Tratamiento Gingivitis Marginal Crónica. Incluye ambas arcadas y los códigos 050100 y 050400. No se podrá facturar el código 080100. Se podrá facturar cada seis (6) meses.
- **Cód. 08.03 Tratamiento de periodontitis Destructiva Leve o moderada.** Solo puede ser efectuada por especialistas. Por sector - seis (6) sectores. Límite cuatro (4) piezas por sector, está permitido agrupar piezas para conformar un sector. **Garantía de dos años (2).** Incluye código 05.01.00-

05.02.00- 08.02.00- 08.05.00, alisado radicular, gingivectomía, colgajos, cirugía mucogingival e injerto. Se reconocerá con radiografías pre-operatorias y ficha periodontal debidamente confeccionada. Las radiografías pre-operatorias quedarán en poder del prestador por un término de dos (2) años y serán mantenidas en su archivo radiográfico para ser consultados cada vez que la Auditoría Odontológica lo solicite, las mismas no están incluidas en el valor de la práctica.

- **Cód. 08.04 Tratamiento de periodontitis Destructiva Severa** Solo puede ser efectuada **por especialistas**. Por sector - seis (6) sectores. Límite cuatro (4) piezas por sector, está permitido agrupar piezas para conformar un sector. Garantía de un año. Incluye código 05.01.00- 05.02.00- 08.02.00- 08.03.00- 08.05.00, alisado radicular, gingivectomía, colgajos, cirugía mucogingival e injerto. Se reconocerá con radiografías pre-operatorias y ficha periodontal debidamente confeccionada. Las radiografías pre-operatorias quedarán en poder del prestador por un término de dos (2) años y serán mantenidas en su archivo radiográfico para ser consultados cada vez que la Auditoría Odontológica lo solicite.

A los efectos de la **identificación de las distintas zonas de la cavidad bucal**, la misma se dividirá en **seis (6) sectores** los cuales se individualizarán de la siguiente manera:

- Sector superior derecho de 1.8 a 1.4 **Sector I**
 - Sector antero-superior de 1.3 a 2.3 **Sector II**
 - Sector superior izquierdo de 2.4 a 2.8 **Sector III**
 - Sector inferior izquierdo de 3.4 a 3.8 **Sector IV**
 - Sector antero-inferior de 3.3 a 4.3 **Sector V**
 - Sector inferior derecho de 4.3 a 4.8 **Sector VI**
- **Cód. 08.05:** Desgaste selectivo o armonización oclusal. **Se reconocerá cuando se detalle el estudio de la oclusión y el análisis de los factores traumatizantes.** Caso contrario la práctica será debitada. Sólo se facturará con prácticas asociadas.

CAPITULO IX: RADIOLOGIA

En todos aquellos casos en que se solicite una documentación radiográfica, deberá presentarse en sobre adecuado al tamaño de la misma y en el que conste Nombre y Apellido y de Afiliado correspondiente acompañadas del informe respectivo.

Los códigos **090101 - 090102 - 090104 y 090105** serán presentados en la porta película adecuado a la radiografía tomada y en el que se indique además la zona y/o el estudio radiográfico efectuado. La corrección en la presentación estará dada además por la angulación, definición centrado, contraste, revelado y fijado para su fácil interpretación. La falta de cualquiera de estos requisitos será causa suficiente para no reconocer la práctica o ser devuelta para su adecuación.

- **Cód. 09.01.01: RX Periapical.** Se admite como máximo cuatro (4) películas. De cinco (5) a siete (7) películas se factura como código 090104 si son de la misma arcada. Se realizará 090101 pero no será facturado, por estar incluido en los códigos del capítulo III, IV y X y en los códigos 07.04. y 07.05. De ocho (8) a nueve (9) películas se facturará como código 090104 más una (1) ó dos (2) veces el código 090101, según corresponda. De diez (10) a catorce (14) películas se facturará como código 090105 (sólo para centros radiológicos).
- **Cód. 09.01.03: Rx Oclusal de seis (6) x ocho (8) cm.**
- **Cód. 09.01.04: Media Seriada (7) películas.**
- **Cód. 09.02.04: Pantomografía:** Es el estudio panorámico de la cavidad bucal y zonas vecinas, tres por año.

EXCLUSIVO PARA CENTROS DE RADIOLOGIA:

No se aplicará esta norma a prestadores del interior del país que tengan convenido con “**LA OBRA SOCIAL**” los códigos que a continuación se detallan.

- **Cód. 09.01.05:** Seriada de catorce (14) películas.
- **Cód. 09.02.01:** Extrabucales Primera exposición comprende todas las radiografías extraorales de la especialidad, exceptuadas las señaladas con los códigos 090203 - 090204 - 090205 y 090206.

CAPITULO X: CIRUGIA

Para el reconocimiento de las prácticas contempladas en el presente capítulo, se podrá solicitar la documentación que estime necesaria (Ej.: Ficha Dental, Historia Clínica, Radiografías, Biopsias, etc.), que justifiquen la realización de la práctica.

La falta de presentación de la documentación solicitada por “**LA OBRA SOCIAL**”, facultará la misma para no reconocer la práctica efectuada. La derivación a los especialistas deberá realizarse en recetario indicando pieza dentaria o zona a tratar, debiendo adjuntar para su reconocimiento la orden de derivación a la facturación.

Todos los códigos de cirugía comprenden las consultas necesarias hasta su alta definitiva.

Las prácticas de este capítulo tendrán los siguientes códigos:

- **Cód. 10.01: Extracción Dentaria**
- **Cód. 10.02: Plástica de Comunicación Buco-sinusal.** Para su reconocimiento deberá presentar Rx pre-operatoria, (incluidas en el valor de la prestación), que quedarán en poder de “**LA OBRA SOCIAL**”.
- **Cód. 10.03 Biopsia por punción o aspiración.** Para su reconocimiento debe adjuntar fotocopia del Protocolo de anatomía patológica.
- **Cód. 10.04:** Alveolectomía Estabilizadora por zona (cuatro sectores).
- **Cód. 10.05.:** Reimplante Dentario Inmediato al Traumatismo.

- **Cód. 10.06:** Incisión y drenaje de abscesos por vía intrabucal. No puede facturarse asociada a otra práctica (01.04.00 / 03.01.00 / 03.02.00 / 10.01.00)
- **Cód. 10.08:** Alargamiento Quirúrgico Corona Clínica. **Sólo se paga asociada a práctica que justifique su realización en la misma facturación.**
- **10.09.01**
- **10.09.02**
- **Cód. 10.10:** Germectomía. Para su reconocimiento deberá acompañarse de Rx pre-operatoria, (incluidas en el valor de la prestación), en caso que auditoría lo requiera quedarán en poder de **“LA OBRA SOCIAL”**.
- **Cód. 10.11.00:** Liberación de Dientes Retenidos.
- **Cód. 10.12.00:** Apicectomía. Para su reconocimiento deberá presentar Rx pre y **posoperatoria**, (incluidas en el valor de la prestación), en caso que auditoría lo requiera quedarán en poder de **“LA OBRA SOCIAL”**
- **Cód. 10.13.00:** Tratamiento de Osteomielitis.
- **Cód. 10.14:** Extracción Cuerpo Extraño. Para su reconocimiento deberá acompañarse de Rx pre y **posoperatoria**, (incluidas en el valor de la prestación), en caso que auditoría lo requiera quedarán en poder de **“LA OBRA SOCIAL”**,
- **Cód. 10.50:** Alveolectomía Correctiva.