

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	VALOR TOTAL	COSEGURO PLAN PMO	VALOR FORN
I. CONSULTAS ODONTOLÓGICAS				
01.01	Examen, diagnóstico, fichado y plan de tratamiento.	\$ 8.096,00	\$ 17.000,00	\$ -
01.04	Consulta de urgencia.	\$ 12.650,00	\$ 17.000,00	\$ -
II. OBTURACIONES				
02.02	Restauración cualquier tipo. Cavidad simple.	\$ 20.240,00	\$ 17.000,00	\$ 3.240,00
02.15	Restauración cualquier tipo. Cavidad compuesta o compleja.	\$ 39.468,00	\$ 17.000,00	\$ 22.468,00
III. ENDODONCIA				
03.01	Tratamiento de un solo conducto.	\$ 70.840,00	\$ 17.000,00	\$ 53.840,00
03.02	Tratamiento de dos o más conductos.	\$ 111.320,00	\$ 17.000,00	\$ 94.320,00
03.05	Biopulpectomía parcial.	\$ 14.168,00	\$ 17.000,00	\$ -
03.06	Necropulpectomía parcial.	\$ 17.204,00	\$ 17.000,00	\$ 204,00
V. ODONTOLOGÍA PREVENTIVA				
05.01	Tartrectomía y cepillado mecánico.	\$ 17.710,00	\$ 17.000,00	\$ 710,00
05.02	Consulta preventiva periódica para menores. Topicación con flúor.	\$ 11.638,00	\$ 17.000,00	\$ -
05.05	Sellador de puntos y fisuras.	\$ 11.638,00	\$ 17.000,00	\$ -
VII. ODONTOPEDIATRÍA				
07.01	Consulta, fichado y motivación.	\$ 11.638,00	\$ 17.000,00	\$ -
07.04	Tratamiento de dientes primarios con formocresol.	\$ 17.204,00	\$ 17.000,00	\$ 204,00
VIII. PERIODONCIA				
08.01	Consulta de estudio. Diagnóstico y pronóstico.	\$ 24.288,00	\$ 17.000,00	\$ 7.288,00
08.02	Tratamiento de gingivitis marginal crónica. POR ARCADA	\$ 17.204,00	\$ 17.000,00	\$ -
08.03	Tratamiento de periodontitis destructiva leve o moderada. POR SECTOR	\$ 22.264,00	\$ 17.000,00	\$ 5.264,00
08.04	Tratamiento de periodontitis destructiva severa. POR SECTOR	\$ 38.456,00	\$ 17.000,00	\$ 21.456,00
IX. RADIOLOGÍA				
09.01.01	Radiografía periapical.	\$ -	\$ 17.000,00	\$ -
09.01.03	Radiografía oclusal.	\$ -	\$ 17.000,00	\$ -
09.01.04	Radiografía media seriada (siete películas).	\$ 20.240,00	\$ 17.000,00	\$ 3.240,00
09.01.05	Radiografía seriada (catorce películas).	\$ 4.048,00	\$ 17.000,00	\$ -
09.02.04	Radiografía panorámica.	\$ 22.264,00	\$ 17.000,00	\$ 5.264,00
X. CIRUGÍA BUCAL				
10.01	Extracción dentaria simple.	\$ 35.420,00	\$ 17.000,00	\$ 18.420,00
10.02	Plástica de comunicación bucosinusal.	\$ 30.360,00	\$ 17.000,00	\$ 13.360,00
10.03	Biopsia por punsión o aspiración.	\$ 20.240,00	\$ 17.000,00	\$ 3.240,00
10.04	Alveolectomía estabilizadora.	\$ 15.180,00	\$ 17.000,00	\$ -
10.05	Reimplante dentario inmediato al traumatismo.	\$ 50.600,00	\$ 17.000,00	\$ 33.600,00
10.06	Incisión y drenaje de abscesos por vía intrabucal.	\$ 18.216,00	\$ 17.000,00	\$ 1.216,00
10.08	Extracción de piezas con retención mucosa.	\$ 86.020,00	\$ 17.000,00	\$ 69.020,00
10.09	Extracción de piezas con retención ósea.	\$ 101.200,00	\$ 17.000,00	\$ 84.200,00
10.10	Germectomía.	\$ 96.140,00	\$ 17.000,00	\$ 79.140,00
10.11	Liberación de dientes retenidos.	\$ 131.560,00	\$ 17.000,00	\$ 114.560,00
10.12	Apicectomía.	\$ 131.560,00	\$ 17.000,00	\$ 114.560,00
10.13	Tratamiento de osteomielitis.	\$ 40.480,00	\$ 17.000,00	\$ 23.480,00
10.14	Extracción de cuerpos extraños.	\$ 55.660,00	\$ 17.000,00	\$ 38.660,00
10.15	Alveolectomía correctiva.	\$ 14.168,00	\$ 17.000,00	\$ -
10.16	Frenectomía	\$ 20.240,00	\$ 17.000,00	\$ 3.240,00

NOMENCLADOR VALORIZADO DE ODONTOLOGÍA - CONVENIO O.S.F.A.T.U.N.

Obra Social de la Fed. Argentina del Trabajador de las Universidades Nacionales

CO-SEGUROS A CARGO DEL PACIENTE POR PRESTACIÓN (INCLUYE CONSULTA 01.01)

GRUPO	PLANES QUE INCLUYE	COSEGURO	LÍMITE DE ATENCIÓN
GRUPO I	Joven Plus • PMO • PMOF • UNI 1000 • UNI 1000 F • UNI 1500 • UNI 2000 • BÁSICO • BÁSICO UN • ESTUDIANTE UN • INTEGRAL	\$ 27.000	1 prestación por mes por paciente
GRUPO II	UNI 3000 • UNI 4000 • NO DOCENTE • DOCENTE • PREMIUM • UNI ESTATALES	\$ 19.000	2 prestaciones por mes por paciente

PLANES EXENTOS (NO ABONAN CO-SEGURO): PASANTEUN