

JERARQUICOS SALUD

03-2020

3 PRACTICAS (0101 y 0901) se cuentan

Código	Nomenclador JERARQUICOS	Valor
	CAPITULO I- consultas	
01.01	<i>Examen- Diagnóstico y Plan de Tratamiento</i>	\$ 548
01.02	<i>No constituye paso intermedio y/o final de tratamiento.</i>	\$ 615
	CAPITULO II- operatoria dental	
02.01	<i>Obturación cavidad simple</i>	\$ 849
02.02	<i>Obturación con amalgama cavidad compuesta o compleja.</i>	\$ 1.335
02.09	<i>Restauraciones complejas de piezas dentarias</i>	\$ 1.875
	CAPITULO III-endodoncia	
03.01	<i>Tratamiento unirradicular</i>	\$ 2.217
03.02	<i>Tratamiento multirradicular</i>	\$ 2.824
03.03	<i>Tratamiento multirradicular (3 conductos)</i>	\$ 3.442
03.04	<i>Tratamiento multirradicular (4 conductos)</i>	\$ 4.361
03.05	<i>Biopulpectomia parcial</i>	\$ 1.528
03.06	<i>Necropulpectomia parcial- momificación</i>	\$ 1.079
03.07	<i>Protección indirecta</i>	\$ 1.089
	CAPITULO IV - PROTESIS CON AUTORIZACION PREVIA	
04.01.02	<i>Incrustaciones cavidad compuesta</i>	\$ 6.126
04.01.04	<i>Corona colada</i>	\$ 6.823
04.01.05	<i>Corona colada con frente estético</i>	\$ 8.819
04.01.08	<i>Perno muñon simple</i>	\$ 4.269
04.01.10	<i>Tramo de puente colado</i>	\$ 7.058
04.01.11	<i>Corona de acrilico</i>	\$ 7.058
04.01.12	<i>Elemento provisorio por unidad</i>	\$ 1.727
04.01.13	<i>Corona de porcelana</i>	\$ 10.608
04.01.14	<i>Tramo de puente de porcelana</i>	\$ 8.761
04.02.02	<i>De acrílico de cinco o mas dientes</i>	\$ 10.105
04.02.03	<i>Parcial de acrílico mas de 8 elementos</i>	\$ 10.848
04.02.05	<i>Parcial cromo hasta 8 dientes</i>	\$ 13.577
04.02.06	<i>Parcial cromo mas de 8 dientes</i>	\$ 16.256

04.03.01	<i>Prótesis completa superior</i>	\$ 15.442
04.03.02	<i>Prótesis completa inferior</i>	\$ 15.440
04.04.01	<i>Compostura simple</i>	\$ 1.715
04.04.02	<i>Compostura con agregado</i>	\$ 1.740
04.04.03	<i>Compostura con un agregado de</i>	\$ 1.411
04.04.04	<i>Compostura con agregado de un</i>	\$ 2.271
04.04.05	<i>Diente subsiguiente c/u</i>	\$ 810
04.04.06	<i>Retenedor subsiguiente c/u</i>	\$ 455
04.04.10	<i>Rebasado de prótesis c/u</i>	\$ 2.341
04.04.11	<i>Rebasado prótesis completa</i>	\$ 2.341
04.04.12	<i>Placa de relajación</i>	\$ 6.765
	CAPITULO V- odontología preventiva	
05.00	<i>Ficha de prevención</i>	\$ 626
05.02	<i>Cepillado previo y aplicación</i>	\$ 574
05.03	<i>Inactivación de policaries</i>	\$ 816
05.04	<i>Enseñanza de técnicas de higiene bucal</i>	\$ 816
05.05	<i>Sellantes de fosas y fisuras</i>	\$ 728
	CAPITULO VI	
06.01	<i>Consulta especializada ortodoncia/ortopedia</i>	\$ 1.048
06.02.00	<i>Tratamiento dent primaria-mixta (ortopedia)</i>	\$ 6.647
06.02.01	<i>Control de ortopedia</i>	\$ 4.488
06.03.00	<i>Tratamiento dent permanente (ortodoncia)</i>	\$ 14.343
06.03.01	<i>Control de ortodoncia</i>	\$ 8.977
06.04.00	<i>Corrección de mal posiciones simples con espacio</i>	\$ 19.821
	CAPITULO VII-odontopediatria	
07.01	<i>Motivación</i>	\$ 1.212
07.02	<i>Motivación en pacientes discapacitados</i>	\$ 3.208
07.03	<i>Mantenedor de espacio removible</i>	\$ 2.416
	CAPITULO VIII- periodoncia	
08.12	<i>Tratamiento de gingivitis marginal por arcada</i>	\$ 876
08.13	<i>Enseñanza de técnicas de higiene oral y detección de placa bacteriana</i>	\$ 816
08.14	<i>Controles post tratamientos sin instrumentacion</i>	\$ 416
08.15	<i>Controles post trat.con inst</i>	\$ 582
08.16	<i>Rasp. Y curt. Por elemento</i>	\$ 295
08.17	<i>Trat.quir.por elem.</i>	\$ 429

CAPITULO IX- radiología - intraorales		
09.01.01	<i>Radiografía periapical</i>	\$ 295
09.01.02	<i>Rx media seriada</i>	\$ 1.175
09.01.03	<i>Rx seriada total</i>	\$ 1.807
radiología- extraorales		
09.03.01	<i>Tomografía 3D Bi Maxilar</i>	\$ 4.022
09.03.02	<i>Tomografía Monomaxilar Sistema Cone Beam</i>	\$ 3.070
09.03.03	<i>Tomografía Regional (1 a 3 piezas) una zona</i>	\$ 2.264
09.03.04	<i>Tomografía de ATM por lado</i>	\$ 4.391
09.03.05	<i>Tomografía una sola toma ATM</i>	\$ 2.867
09.06.00	<i>pantomografía</i>	\$ 1.161
09.07.00	<i>telerradiografía</i>	\$ 1.161
CAPITULO X- cirugía		
Rx facturar solo dos, no están incluidas en el valor de las practicas		
10.01	<i>Extracción dentaria</i>	\$ 1.231
10.02	<i>Plástica de comunicación bucosinusal</i>	\$ 1.469
10.03	<i>Biopsia por punción o aspiración</i>	\$ 1.317
10.04	<i>Alveolectomía estabilizadora</i>	\$ 1.317
10.05	<i>Reimplante dentario inmediato</i>	\$ 1.469
10.07	<i>Biopsia por escisión</i>	\$ 1.622
10.08	<i>Alargamiento quirúrgico de la corona clínica</i>	\$ 1.317
10.09	<i>Extracción de dientes retenidos</i>	\$ 4.067
10.10	<i>Germectomía</i>	\$ 4.067
10.11	<i>Liberación de dientes retenidos</i>	\$ 1.622
10.12	<i>Apicectomía</i>	\$ 2.076
10.13	<i>Tratamiento de osteomielitis</i>	\$ 2.227
10.14	<i>Extracción de cuerpo extraño</i>	\$ 3.436
10.15	<i>Alveolectomía correctiva</i>	\$ 1.317
10.16.01	<i>Quiste o ext. De tum. Tej. dur</i>	\$ 2.576
10.16.02	<i>Quist. o ext. tum. tej. duros</i>	\$ 4.510
10.16.03	<i>Quist. o ext. Tum. tej. duros</i>	\$ 6.239
10.17.01	<i>Extir tum. Tej. Blando pequeño</i>	\$ 2.576
10.17.02	<i>Extir tum tej. Blando mediano</i>	\$ 4.510

10.17.03	<i>Extir. Tum. Tej. Blando grande</i>	\$ 6.239
10.18	<i>Extracción con alveolectomia e</i>	\$ 1.916
	<i>CAPITULO XII - IMPLANTE</i>	
12.04.20	<i>Implante (fijación intraosea) planes PMI 100 Y PMI 2886/2000</i>	\$ 7.050
12.04.30	<i>Implante (fijación intraosea) planes PMI 3000</i>	\$ 11.900

03/2020 –jerarquicos salud



**CIRCULO
ODONTOLOGICO
DE PERGAMINO**

Fundado el 27 de Julio de 1932
Personería Jurídica N° 348/79
Afiliado a F.O.P.B.A.

JERARQUICOS SALUD

CAPITULO I – Consulta

01.01 Consulta de relevamiento bucal: comprende examen, diagnóstico, fichado, plan de tratamiento. Garantía 12 meses cuando se trate del mismo profesional.

01.02 Consulta no programada o de urgencia: Aplicada a toda prestación que no constituya paso intermedio y/o final de tratamiento. Se reconocerá una cada 3 meses (si fuera necesario). No podrá ser facturado en caso de hemorragia, alveolitos, si la extracción ha sido realizada por el mismo profesional. Cuando se factura dicho código no es necesario marcar el diagrama de la ficha catastral, ni confeccionar la historia clínica; solamente deberá indicar el motivo que dio origen a dicha prestación. No podrá facturarse en caso de control de pacientes tratados quirúrgicamente (por el mismo profesional), ya que dichos controles ya están calculados en los costos dados a cada código del capítulo X.

Será obligatorio aclarar motivo de dicha práctica especificando pieza y/o sector tratado. Se podrá facturar en aperturas, cuando la endodoncia sea derivada.

CAPITULO II – Operatoria Dental

Norma General: Las obturaciones tendrán un tiempo de vigencia de 2 años, lapso en el cual el sistema no abonará otra restauración si es realizado por el mismo profesional.

Las obturaciones contemplan todos los materiales de la restauración científicamente reconocidos como así también las técnicas, instrumentación y equipamiento que el profesional crea más conveniente en la reconstrucción de la pieza dentaria (Ej: Lámpara Halógena, matrices preformadas, etc). Las obturaciones en dentición temporaria deberán tener una duración de 2 años. Cuando se obture por separado distintas fosas de la cara oclusal, se considerará como una obturación simple.

02.01. Restauraciones convencionales simples a piezas dentarias: Comprende todos los tratamientos de los tejidos duros del diente para resolver los daños provocados por la caries dental que involucre las fosas y fisuras de la pieza dental. Ej: fosa oclusal y surco vestibular (OV), lingual o palatino y caries gingival (OV, OL, OP), y en dientes que no tengan su vecino próximo y las caries se limite a una sola cara. Dicha pieza dentaria solo podrá recibir una nueva obturación de fosas y fisuras transcurridos 24 meses. En caso de necesidad de obturación de las caras proximales (Mesial o Distal) podrá facturarse un código 02.02. en forma conjunta o cuando dicha patología se presente en la pieza dentaria. En caso de hacer micro-obturación deben sellarse las fosas y fisuras restantes.

02.02. Restauraciones compuestas de piezas dentarias: Comprende todos los tratamientos de los tejidos duros del diente provocado por la caries dental que abarque las caras proximales y que deban hacerse abordaje por otra cara. Ej: OM – MOD – OD: en el caso que presente una caries en la fisura o fosa de las caras vestibular, lingual o palatina o caries gingival podrá facturarse además un código 02.01., el cual podrá facturarse en forma conjunta o cuando dicha patología se presente. En caso de dientes anteriores se podrá facturar un 02.02. cuando la caries abarque 2 caras Ej.: (IMP), en el caso que sea necesario obturación compuesta. Ej.: (DP) en la misma pieza se podrá facturar un código 02.01., pero de ninguna manera se podrá facturar 2 códigos 02.02. en forma conjunta en la misma pieza. Ej: 02.02. en 11 (MO) o (MIP); 02.01. en 11 (DP) (V) (D) (G). En caso de reconstrucción de un ángulo se deberá facturar un código 02.02. Ej.: 02.02. en 11 (MIP) o (DIP). Sea cual fuera la ubicación de la caries en una misma pieza dentaria, solo podrá facturarse como máximo, 2 códigos 02.01.; o 1 código 02.01 y 1 código 02.02 o 1 código 02.09.



**CIRCULO
ODONTOLOGICO
DE PERGAMINO**

Fundado el 27 de Julio de 1932
Personería Jurídica N° 348/79
Afiliado a F.O.P.B.A.

02.09. Restauraciones complejas de piezas dentarias: Comprende a todas aquellas restauraciones de mayor complejidad donde deban realizarse reconstrucciones de dos ángulos (ángulos mesial y distal), carillas o cúspides en dientes anteriores o posteriores. Incluye la utilización de coronas preformadas, tornillos, o cualquier otro elemento que el profesional crea. Dicha pieza dentaria no podrá recibir otra obturación por el término de 24 meses. Para facturar 02.09., la lesión debe abarcar cinco (5) caras del diente claramente especificado en la ficha. También se puede abarcar cuatro (4) caras con Rx comprobatoria de las piezas 14 al 38; 24 al 28; 34 al 38 y 44 al 48. Por otro lado también se puede abarcar cuatro (4) caras sin Rx comprobatoria de las piezas 11 al 31; 21 al 23; 31 al 33 y 41 al 43, de lo contrario se tomará como código 02.02. Puede acompañarse con Rx comprobatoria, la que no está incluida en el valor del código; (facturar por separado).

CAPITULO III – Endodoncia

Normas Generales: En todo tratamiento de Endodoncia deberá acompañarse para su reconocimiento las radiografías correspondientes. En caso de reobturación del o los conductos, la misma podrá efectuarse con la aclaración por medio del profesional actuante que justifique dicha necesidad, la cual será evaluada por la auditoría para su reconocimiento. A efectos de reconocer todo tratamiento de endodoncia, deberá visualizarse en la radiografía post-operatoria la correcta preparación del o los conductos radiculares y que el material de obturación radiopaco llegue hasta el límite cemento dentinario (a un milímetro aproximadamente del extremo anatómico del diente). En caso de no cumplirse esta norma, la Auditoría podrá solicitar al prestador los elementos de juicio que justifiquen el cumplimiento de la misma y al sólo efecto de su reconocimiento. Toda obturación del conducto radicular que sobrepase el límite cemento dentinario o llegue a ocupar la zona periapical a distancia del tratamiento efectuado (y sea un material no reabsorbible por los tejidos periapicales), se considera contraindicada; quedando la Auditoría facultada a solicitar al prestador el fundamento de la misma para su reconocimiento. Se podrá facturar un tratamiento de endodoncia, más dos prácticas de Od Gral por mes.

03.05. Tratamiento pulpar parcial: Aplicable a piezas dentarias permanentes, que no completaron su periodo eruptivo y por consiguiente su completo desarrollo apical, que por algún motivo, (caries, fracturas, etc.) se provoca una exposición pulpar vital que determina efectuar dicha práctica con el fin de permitir la maduración apical para posteriormente realizar el tratamiento que corresponda (endodoncia, reconstrucción, etc.) que se reconoce a partir del año de realizada. Para facturar dicho código es requisito excluyente la demostración radiográfica de las piezas dentarias trazadas con ápices inmaduros, que no han completado su desarrollo. Caso contrario se debitara.

03.06. Tratamiento momificante con formocresol: Se refiere a tratamiento con formocresol solamente en dientes temporarios anteriores y posteriores. No se reconoce en dientes permanentes.



**CIRCULO
ODONTOLOGICO
DE PERGAMINO**

Fundado el 27 de Julio de 1932
Personería Jurídica N° 348/79
Afiliado a F.O.P.B.A.

03.07. Protección indirecta: Se reconocerá una protección indirecta en premolares y molares. Dado la necesidad del factor tiempo, en resultado final, no podrá facturarse ningún otro código del presente nomenclador hasta superado los seis meses posteriores de la protección, a excepción de radiografías de control, no más de una en ese lapso. El profesional actuante deberá reponer las veces necesarias el material de protección colocado durante esos meses.

CAPITULO V – Odontología Preventiva

05.00. Consulta preventiva de relevamiento: hasta los 13 años de edad se reconocerá cada 12 meses; incluye al código 01.01, comprende además de lo especificado para el código 01.01.

05.02. Topificación con flúor: Se reconocerá semestralmente, por tratamiento y en ambas arcadas; cualquiera que fuesen la técnica que se utilice. Sin límite de edad.

05.03. Inactivación de policaries: Se reconocerá hasta los 10 años de edad. Cuando los mismos presenten simultáneamente más de 6 caries activas y en toda la boca, se permitirá por única vez como complemento de un tratamiento que por lógica debe involucrar las mismas piezas que se marquen como existentes con caries activas.

05.04. Enseñanza de técnicas de H.O. y detección de placa bacteriana: Se reconocerá una vez cada 12 meses y hasta los 12 años, después se factura como código 08.13.

05.05. Sellantes de fosas y fisuras, por pieza dental: Se reconocerá en dientes temporarios y permanentes, pudiéndose repetir cada 12 meses si fuese necesario.

CAPITULO VII – Odontopediatría

07.01. Motivación: Se reconocerá hasta los 10 años. Se podrá facturar hasta 1 código 07.01. cada 6 meses con un máximo de 4 códigos, por el mismo profesional. No incluye al 01.01.

07.02. Motivación en pacientes mentalmente discapacitados: Se reconocerá sin límite de edad. Se podrá facturar hasta 1 código 07.02. cada 3 meses, hasta un máximo de 8 códigos, por el mismo profesional. No incluye al 01.01. El paciente debe poseer programa de discapacidad.

07.03. Coronas metálicas de acero y similares: Se reconocerá en dientes temporarios hasta los 10 años, y no se reconocerá obturación debajo de las coronas.

CAPITULO VIII – Periodoncia

08.12. Tratamiento de gingivitis por arcada: Comprende destartraje manual o mecánico por Arco. Se reconocerá cada 12 meses, y se considera un código 08.12. por arco dentario. No incluye al 08.13. Se reconocerá a partir de los 12 años de edad.

08.13. Enseñanza de técnicas de H.O. y detección de placa bacteriana: Se reconocerá cada 12 meses.

08.14. Controles post tratamiento sin instrumentación: Incluye al Código 08.12. Se reconocerá cada 4 meses y partir de los 12 años de edad.

08.15. Controles post tratamiento con instrumentación: Incluye al Código 08.12. Se reconocerá cada 4 meses. Los códigos 08.14. y 08.15 comprenden todo lo que el profesional considere necesario realizar para conservar la salud periodontal del paciente. Se reconocerá a partir de los 12 años de edad.



CIRCULO ODONTOLOGICO

DE PERGAMINO

Fundado el 27 de Julio de 1932

Personería Jurídica N° 348/79

Afiliado a F.O.P.B.A.

08.16. Raspaje y curetaje por elemento. Incluye al 08.12 – 08.14 y 08.15. Se reconocerá cada 24 meses.

08.17. Tratamiento quirúrgico por elemento: Incluye al 08.12/14/15/16. Se reconocerá cada 24 meses.

Nota: 08.16/08.17. Se pueden facturar hasta ocho (8) códigos independientemente de la posición de la pieza dentaria en la boca, por afiliado, por mes comprobatorio con Rx donde se visualice claramente reabsorción de la cresta ósea ínter alveolar de su nivel normal, o con la ficha periodontal. De lo contrario se considera código 08.12 o 08.15 (mantenimiento – destartraje).

CAPITULO IX – Radiología

Norma general

Las radiografías de diagnóstico podrán ser conservadas por el profesional. No así aquellas Rx que sean comprobatorias de prácticas determinadas, pudiendo la Auditoría exigir las Rx que considere necesarias al profesional en un término de tiempo que no supere los 24 meses.

Ej.: Rx comprobatorias – Endodancias – Cirugía.

Norma particular:

09.01.01. Rx periapical: Para su facturación, deberá indicar número de pieza/as que se intenta estudiar y observación con motivo que da origen a la prestación.

09.01.02. Media seriada de 7 películas: Deberá indicar el motivo que da origen a dicha práctica como requisito excluyente. Se reconocerá cuando la integran de 5 a 7 películas.

09.01.03. Seriada de 14 películas: Deberá indicar el motivo que da origen a dicha práctica como requisito excluyente. Se reconocerá cuando la integren de 10 a 14 películas.

09.06.00. Ortopantomografía: Para su facturación, deberá estar acompañada de diagnóstico presuntivo que da origen a la práctica.

09.07.00. Teleradiografía: Para su facturación, deberá estar acompañada de diagnóstico presuntivo que da origen a la práctica.

CAPITULO X – Cirugía Bucal

Norma general:

Para el reconocimiento de las prácticas contempladas en el presente capítulo la auditoría podrá solicitar la documentación que estime necesaria (Ficha dental, historia clínica, radiografías, etc.) y que justifique la realización de la práctica. La falta de presentación de la documentación solicitada por la Auditoría faculta a la misma a no reconocer la práctica efectuada. La Auditoría establecerá de común acuerdo con el prestador las prácticas que para su realización requerirán autorización previa.

Norma particular:

10.02. Plástica de común buco-sinusal con riesgo previo similar a extracción: Para su reconocimiento deberá acompañarse la radiografía preoperatoria que justifique la realización de la práctica.

10.03. Biopsia por punción o aspiración: No incluye el estudio anatomopatológico, con breve historia clínica, al igual que el código 10.07.

10.04. Alveolectomía estabilizadora (por 6 zonas): Con Rx Pre y Postoperatoria.

10.08. Alargamiento quirúrgico de la corona clínica: Con Rx Pre y Postoperatoria.



CIRCULO ODONTOLOGICO

DE PERGAMINO

Fundado el 27 de Julio de 1932

Personería Jurídica N° 348/79

Afiliado a F.O.P.B.A.

- Nota: Códigos que no necesitan Rx comprobatoria: 10.01./10.03./10.07./10.17, los demás si deben presentarla.
- 10.10. y 10.09. Extracción de dientes retenidos / Germectomía: En el caso particular de estos códigos para dientes retenidos debe ser requisito excluyente la demostración radiográfica. Al menos de la necesidad de realización de colgajos, amplia osteotomía y/u odontosección, debido a una completa inclusión dentro de los maxilares o en posiciones totalmente anormales o con una anatomía dentaria anormal que justifique una intervención mayor. Como ejemplo de esto y para dejar claro que casos serán reconocidos en estos códigos enumeremos los mismos: Piezas dentarias en posición horizontal, invertida y transversal. Referido a la posibilidad de existencia de dos o más patologías, la auditoría autorizará un solo código sin perjuicio de la posibilidad de casos excepcionales que podrán ser considerados. Para los códigos 10.09. y 10.18., las Rx están incluidas en su valor, no debiéndose facturar por separado. Para todos los códigos de comprobación con Rx se refiere a la Rx previa solamente.
- 10.11. Liberación de dientes retenidos: Con Rx Pre y Postoperatoria.
- 10.12. Apicectomía: Con Rx Pre y Postoperatoria.
- 10.15. Alveolectomía correctiva por zona (6 zonas): Con Rx Pre y Postoperatoria.
- 10.16. Quistectomía o extirpación de tumores en tejidos duros: Con Rx Pre y Postoperatoria.
- 10.17. Extirpación de tumores de tejidos blandos: Con historia clínica.

PRÁCTICAS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN

CONDICIONES GENERALES PARA LA COBERTURA DE PRÓTESIS

- 1- Será aplicable a los afiliados de los servicios de salud PMI 2000, PMI 3000, PMI 2886/2000 y socios de los demás planes que abonen el servicio de prótesis odontológica. Como no tienen identificación en la credencial es fundamental pedir previa autorización para saber si el socio tiene o no cobertura de prótesis.
- 2- En todos los casos se reconocerán en piezas permanentes y fuera del período de garantía de otros capítulos, según consideración de auditoría.
- 3- Será requisito excluyente, no presentar patología bucal preexistente (boca en perfecto estado de salud).
- 4- Para los socios de los servicios de salud PMI y PMI 2886 que estén adheridos al servicio de prótesis odontológica se reconocerá el 50% del arancel propuesto por esta Obra Social, debiendo el afiliado abonar el otro 50% preestablecido en consultorio. Para los socios de los servicios de salud PMI 2000, PMI 3000 y PMI 2886/2000/3000, que estén adheridos al Servicio de prótesis odontológica se reconocerá el 100 % de los valores pactados por convenios. Ver siempre el monto de cobertura que sale en el expediente.
- 5- Se reconocerá con autorización previa de la ficha odontológica perfectamente confeccionada en cuanto a marcación en odontograma y codificación de práctica a realizar.
- 6- Dicha ficha se enviará a la obra social donde se autorizará, con sello habilitante, figurando el costo total del tratamiento y el costo a pagar por el afiliado en consultorio. Dicho expediente se remitirá al afiliado el que se deberá adjuntar a la ficha para su facturación. El no poseer dicho expediente autorizado con sello de la obra social inhabilita cualquier tipo de reclamo.

Bmé. Mitre 874 - 2700 PERGAMINO - (Bs. As.) - Tel: (02477) 411560 - 419320



**CIRCULO
ODONTOLOGICO
DE PERGAMINO**

Fundado el 27 de Julio de 1932
Personería Jurídica N° 348/79
CON Afiliado a F.O.P.B.A.

- 7- Se reconocerán 4 códigos de prótesis por afilado por mes, pudiendo combinarse con otros capítulos. La combinación sólo se debe realizar según el Punto 3 de la modalidad operativa específica de odontología.
- 8- Los códigos 04.01., excepto 04.01.11 y 04.01.12 se reconocerán con Rx Pre y Post como requisito excluyente para su facturación.
- 9- Los códigos 04.02. deberán incluir las piezas que reemplazan en odontograma de ficha. Diagrama del aparato protésico.
- 10- El código 04.04.10, se reconocerá 1 vez cada 12 meses a partir de la fecha de instalación de la prótesis.
- 11- El código de compostura, será indispensable aclarar el tipo y sector de la reparación, de lo contrario se debitará la práctica.

CAPITULO IV CODIGO PROTESIS FIJA Garantía: • Código 04.01.... 5 años.

04.01.02 Incrustaciones. Cavidad compuesta y compleja (plástica o metálica)

04.01.04 Corona colada

04.01.05 Corona colada con frente estético

04.01.08 Perno muñón simple y compuesto

04.01.10 Tramo de puente de metal con frente

04.01.11 Corona de acrílico (de premolar a premolar)

04.01.12 Elemento provisorio por unidad

04.01.13 Corona de porcelana sobre metal

04.01.14 Tramo de puente de porcelana sobre metal

PROTESIS REMOVIBLE Garantía: • Código 04.02.... 3 años.

04.02.02 De acrílico: hasta ocho dientes

04.02.03 De acrílico: más de ocho dientes

04.02.05 Colado de cromo. Hasta ocho dientes

04.02.06 Colados de cromo. Más de ocho dientes

PROTESIS COMPLETA Garantía: • Código 04.03.... 3 años.

04.03.01 Prótesis completa Superior

04.03.02 Prótesis completa Inferior

VARIOS Garantía: • Código 04.04.... 18 meses.

04.04.01 Compostura Simple

04.04.02 Compostura con agregado de un diente

04.04.03 Compostura con agregado de un retenedor

04.04.04 Compostura con agregado de un diente y un retenedor

04.04.05 Dientes subsiguientes cada uno

04.04.06 Retenedor subsiguiente cada uno

04.04.10 Rebasado de prótesis parcial

04.04.11 Rebasado de prótesis completa

04.04.12 Placa de relajación. Garantía: Código 04.04.12 que se reconocerá cada 12 meses.