

**Nombre de la Obra Social** Sancor Medicina Privada S.A. (S.M.P.), Asociación Mutual Sancor (A.M.S.) y Consorcio Unión Federal (40)

**Área de Aplicación** Todo el ámbito Provincial.

Carnet de afiliación vigente y documento de identidad  
Planes: OSUTI MED OSUTI MAX, Sancor F800E, F801, Sancor 700A , Sancor 700SF, Sancor 800V, Sancor F 700 y F800, Sancor F800E, Sancor 6000, Sancor 5000, Sancor 4500, Sancor 4065, Sancor 4000, Sancor 3500, Sancor 3000, Sancor 3000B, Sancor 3000R, Sancor 2000, Sancor 1500, Sancor 1500B, Sancor 1500R, Sancor 1000, Sancor 1000B, Sancor 1000R, Sancor 500: Son los afiliados de SMP y AMS. Presentan credencial de Sancor Salud. (Se adjunta modelo)  
Planes C : Presentan credencial de Sancor Salud, pero con el logo de su obra social de origen.  
**LOS QUE TIENEN UNA DENOMINACIÓN, COMO 70 U 80 PERTENECEN A LOS PLANES 700 Y 800 EJ:(S70SF)**

**Nomenclador y Arancel** Se adjuntan a la presente

**Cobertura** Todos los Planes tienen cobertura del 100% en Odontología General  
**PROTESIS SUSPENDIDA A PARTIR DE 08-22 CIRCULAR N°67**

**Normas de trabajo** Generales de F.O.P.B.A. y particulares.

#### **Plazo para Facturar**

Sancor no recibirá facturación de prestaciones pasados 90 días corridos( Mes actual y dos anteriores) de su realización, salvo que se trate de refacturación de prácticas o fichas devueltas por la O. Social.

#### **Formularios de autorización**

Formulario para prestaciones que requieren autorización previa (todos los planes): El profesional actuante indicará en un recetario las prácticas a autorizar, los datos del afiliado, adjuntado la documentación que corresponda (Rx. preop., Historia Clínica). No se deberán solicitar más códigos de los permitidos por el tope mensual. Con dichos elementos el afiliado solicitará la autorización en el Centro de Gestion de la O. Social o **odontologia.autorizaciones@sancorsalud.com.ar** la que emitirá el "Formulario para prestaciones odontológicas que requieren autorización previa" consignando el N° de Autorización. Se deberá adjuntar el original del mismo firmado por el paciente y con firma y sello del profesional, a la ficha dental al facturar junto con la documentación respaldatoria necesaria. Este Formulario será válido para la autorización previa y facturación de las siguientes prácticas:

- Endodoncia: Solamente en afiliados de planes C. Restantes planes, sin autorización
- Periodoncia: Cód. 08.06.
- Cirugía Bucal: Códos. 10.04, 10.11, 10.12 , 10.15, 10.16, 10.16.01 al 10.16.03, 10.17.01 al 10.17.05 y 10.23.

**Se solicita tener especial cuidado de no perforar ni obstruir la lectura de los códigos de barra en los Formularios de autorización**

## **Límite de Prestaciones**

### **Odontología General**

- Se reconocerán cuatro (4) prestaciones por mes y por beneficiario.
- **Plan C:** Se reconocerán dos (2) prestaciones por mes y por beneficiario.
- **Plan S700 y S800:** Se reconocerán tres (3) prestaciones por mes y por beneficiario

- [Capítulo I: Consultas](#)
- [Capítulo II: Operatoria Dental](#)
- [Capítulo III: Endodoncia](#)
- [Capítulo V: Odontología Preventiva](#)
- [Capítulo VI: Ortodoncia](#)
- [Capítulo VII: Odontopediatría](#)
- [Capítulo VIII: Periodoncia](#)
- [Capítulo IX: Radiología](#)
- [Capítulo X: Cirugía](#)

### **Capítulo I: Consultas**

**Cód. 01.01:** Podrá facturarse cada 12 meses.

**Cód. 01.04:** Se considera consulta de urgencia a toda prestación que no constituye paso intermedio y/o final de tratamiento. Se debe establecer en todos los casos el diagnóstico. Ej.: periocoronaritis, cementado de coronas y puentes, punción y drenaje de abscesos, flemones, hemorragias, alveolitis, etc.. Se podrá facturar 2 códigos por año por Asociado.

### **Capítulo II: Operatoria Dental**

Las obturaciones deberán tener una duración mínima de 24 meses. Durante este lapso no se reconocerá repetición de las mismas si son efectuadas por el mismo profesional. Para las piezas

que hayan sido obturadas, no se reconocerá su extracción por el término de 24 meses posteriores a la fecha de realización del trabajo, si ésta es efectuada por el mismo profesional.

Las obturaciones de amalgama en dentición temporaria deberán tener una duración mínima de 12 meses.

Al facturar se reconocerá como máximo dos restauraciones simples por pieza dentaria o una simple y una compuesta, o una compleja, cualquiera sea el material utilizado.

**Cód. 02.03:** Obturación cavidad compleja

**Cód. 02.04:** Obturación con tornillo en conducto. Se reconocerá con la radiografía postoperatoria utilizada para el cementado de tornillo.

**Cód. 02.08:** Restauración simple con resina de fotocurado, sector anterior.

**Cód. 02.09:** Restauración compuesta/compleja con resina de fotocurado, sector anterior.

**Cód. 02.15:** Restauración simple con resina de fotocurado, sector posterior.

**Cód. 02.16:** Restauración compuesta/compleja con resina de fotocurado, sector posterior.

### **Capítulo III: Endodoncia**

Se reconocerán hasta dos (2) Rxs. por tratamiento (pre y postoperatoria), cuyo valor se encuentra incluido en el arancel de cada código.

Estas prácticas se reconocerán por única vez por elemento dentario. En caso de retratamiento, se deberá solicitar autorización previa, adjuntando Rx preoperatorio e historia clínica que lo justifique.

Los códigos de éste capítulo **REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA** si se realizan a afiliados de planes **C**

**Cód. 03.05:** Se debe observar la correcta obturación con material radiopaco hasta la entrada de los conductos radiculares.

**Cód. 03.06:** Se reconocerá solo en dientes posteriores y la pieza no podrá recibir otro tratamiento además del Capítulo II por el período de 24 meses. Solo podrán realizarse en el caso que "radiográficamente" se observe la ausencia de conductos radiculares; caso contrario el tratamiento deberá ser endodoncia total del elemento.

### **Capítulo V: Odontología Preventiva**

**Cód. 05.01 - Tartrectomía y cepillado mecánico:** Se reconocerá cada 12 meses y en ese lapso no se reconocerá el código 802

**Cód. 05.02:** Se reconocerá cada 6 meses hasta 18 años de edad, por tratamiento y ambas arcadas, cualquiera fuese la técnica que se utilice. Incluye el código 501.

**Cód. 05.04:** Se reconocerá cada 12 meses. Código incluido en el 802.

**Cód. 05.05:** Se reconocerá por pieza dental hasta los 15 años de edad. Tendrá una durabilidad de dos (2) años y no podrá recibir otra obturación en ese tiempo. Se reconocerá solamente en piezas sanas y que no presenten obturación previa.

**Cód. 05.06:** Aplicación de carióstáticos en piezas dentarias permanentes.

## **Capítulo VI: Ortodoncia**

Con autorización previa y por la vía de REINTEGRO, según cobertura de cada plan.

## **Capítulo VII: Odontopediatría**

**Cód. 07.01 (Consulta de motivación):** Se reconoce hasta los 13 años y se podrá facturar hasta tres veces por paciente.

**Cód. 07.02 y 07.04:** Requieren Rx. pre y post-operatoria.

Los valores de las rxs, están incluidos dentro del valor que tiene cada código. Por lo tanto, no deben asentarse en las fichas al facturar.

**Cód. 07.05:** En primeros molares permanentes se reconoce hasta los 15 años de edad. Requiere Rx pre y post-operatoria.

**Cód. 07.06:** Reimplante dentario e inmovilización por luxación total. No incluye tratamiento endodóntico.

**Cód. 07.07:** Protección Pulpar Directa: Requiere Rx. pre y post- operatoria.

## **Capítulo VIII: Periodoncia**

**Cód. 08.02 Tratamiento de Gingivitis. Por arcada:** No se requiere ficha periodontal.(No se reconocerá el Cód. 08.01 con esta práctica). Se reconocerá una vez por año

**Códs. 08.03 y 08.04:** Se reconocerá con Rxs preoperatorios y ficha periodontal Cuando se facturen Cód. 08.03 en caso de piezas aisladas en pacientes parcialmente desdentados, sumadas de 4 a 6 piezas completan un sector.

**SE RECONOCERÁ CADA 12 MESES.**

**Cód. 08.05:** Se deberá indicar el motivo de su realización. Práctica con autorización previa.

**Cód. 08.06:** Con **AUTORIZACION PREVIA** enviando historia clínica y modelos que justifiquen su realización. Se reconocerá cada 2 años.

## **Capítulo IX: Radiología**

**Cód. 09.02.04 y 09.02.05:** Se deberá indicar motivo de su realización.

## **Capítulo X: Cirugía**

Las radiografías requeridas en este capítulo se encuentra incluidas en el arancel de cada código.

**Cód. 10.04 y 10.15:** Se reconocerá con AUTORIZACIÓN PREVIA.

**Cód. 10.06:** Incisión y drenaje de abscesos

**Cód. 10.08 Extracción de pieza en retención mucosa:** se requiere rx. pre y postoperatoria.

**Cód. 10.09 Extracción de pieza en retención ósea:** se requiere rx. pre y postoperatoria.

**Cód. 10.10:** se requiere rx. pre y postoperatoria.

**Cód. 10.11:** Liberación de dientes retenidos: Solicitar autorización previa.

**Cód. 10.12:** Apicectomía. Solicitar autorización previa. Se requiere rx. pre y postoperatoria.

**Cód. 10.15:** Aveolectomía correctiva. Se requiere autorización previa.

**Cód. 10.16:** Frenectomía. Se requiere autorización previa.

**Cód. 10.16.01:** Quiste o extracción de tumores en tejidos duros hasta 1 cm. Se requiere autorización previa

**Cód. 10.16.02:** Quiste o extracción de tumores en tejidos duros hasta 3 cm. Se requiere autorización previa

**Cód. 10.16.03:** Quiste o extracción de tumores en tejidos duros de mas de 3 cm. Se requiere autorización previa

Requieren **AUTORIZACION PREVIA.** Al facturar, remitir resultado del estudio anatomopatológico

**Cód. 10.17.01:** Extracción de tumores en tejidos blandos hasta 1 cm.

**Cód. 10.17.02:** Extracción de tumores en tejidos blandos hasta 3 cm.

**Cód. 10.17.03:** Extracción de tumores en tejidos blandos de mas de 3 cm.

Requieren **AUTORIZACION PREVIA.** Al facturar, remitir resultado del estudio anatomopatológico

**Cód. 10.23: Cirugía Periodontal por Sector**

**Cód. 10.17.04:** Tratam. quirúrgico de pericoronaritis: Con AUTORIZACION PREVIA.

**Cód. 10.17.05:** Radectomía: Con AUTORIZACION PREVIA. Requiere Rx pre y post-operatoria.