

# SWISS MEDICAL DISCAPACIDAD

Vigencia: Febrero 2024

## PARA ATENDER LA PREPAGA EL PROFESIONAL DEBE:

\* Haber firmado en su Círculo de pertenencia la "CARTA DE ADHESIÓN 2023"

\* Tener al día: la Matrícula Profesional, el Seguro de Responsabilidad Civil\* y el Certificado del Registro Nacional de Prestadores de la (SSSalud)\*\*

## RESUMEN DE LAS NORMAS DE ATENCIÓN

1) El Plan SMG LIFE no pertenece al convenio de Federación.

**2) Para su reconocimiento se deberá adjuntar a la ficha odontológica una copia del Certificado Único de Discapacidad (si es la credencial física deberá ser ambos lados)**

3) 4 PRESTACIONES POR MES (excluidos los códigos 0101 - 090101 y 0801)

4) Las radiografías de los capítulos 3, 7 y 10 están incluidas en la prestación. Las mismas deberán presentarse abrochadas a la orden, en celuloide transparente o celofán y con el bombé hacia fuera; indicando el número de pieza, nombre del paciente y del profesional.

5) Para validar credenciales de asociados llamar al 0810-333-7737. o a la sede de Federación Odontológica de Mendoza 4247002 / 4246490

DETALLE DE CAPITULOS	COD.	IMPORTE
<b>CAPÍTULO I ( CONSULTAS)</b>		
CONSULTAS	0101	\$ 11.280
CONSULTAS DE URGENCIAS	0104	\$ 14.858
<b>CAPITULO 2 ( OPERATORIA DENTAL)</b>		
RESTAURACIONES DENTARIAS	0202	\$ 37.200
<b>CAPITULO 3 (ENDODONCIA S/OBSTUR.)</b>		
TRATAMIENTO UNIRADICULAR	0301	\$ 72.000
TRATAMIENTO MULTIRADICULAR	0302	\$ 96.000
BIOPULPECTOMÍA PARCIAL.PROTEC.PULPAR DIRECTA	0305	\$ 22.758
NECROPULPECTOMIA	0306	\$ 11.362
DESObTURACION DE CONDUCTOS	03104	\$ 14.640
<b>CAPITULO 5 (ODONTOLOGIA PREVENTIVA)</b>		
CONSULTA PREVENTIVA PERIÓDICA PARA MAYORES	0501	\$ 9.482
CONSULTA PREVENTIVA PERIÓDICA PARA MENORES	0502	\$ 9.482
DETECCIÓN, CONTROL DE PLACA BACTERIANA Y ENSEÑANZA DE CEPILLADO	0504	\$ 7.112
SELLADORES DE PUNTOS Y FISURAS	0505	\$ 12.426
APLICACIÓN DE CARIOSTATICOS	0506	\$ 6.878
<b>CAPITULO 7 (ODONTOPEDIATRÍA)</b>		
MOTIVACION Y FICHADO	0701	\$ 17.314
MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO	0702	\$ 76.674
MANTENEDOR DE ESPACIO REMOVIBLE	0703	\$ 73.936
TRAT. DE DIENTES PRIMARIOS CON FORMOCRESOL( Incluye Rx pre y post)	0704	\$ 49.290

CORONA DE ACERO PROVISORIA POR DESTRUCCION CORONA	0705	\$ 32.892
REDUCCIÓN DE LUXAC. C/INMOVIL. DENTARIA	070601	\$ 23.872
LUXACION TOTAL - INMOVILIZACION	070602	\$ 22.642
<b>CAPÍTULO 8 (PERIODONCIA)</b>		
CONSULTA DE ESTUDIO, DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO	0801	\$ 8.746
TRATAMIENTO DE GINGIVITIS MARGINAL CRÓNICA (Incl.cod 0501)	0802	\$ 20.386
TRAT.PERIODONTITIS LEVE O MODERADA ( POR SECTOR)	0803	\$ 14.926
TRAT.PERIODONTITIS DESTRUCTIVA SEVERA (POR SECTOR)	0804	\$ 16.524
DESGASTE SELECTIVO.ARMONIZACIÓN OCLUSAL	0805	\$ 7.360
TERAPIA DE MANTENIMIENTO	0807	\$ 6.556
<b>CAPÍTULO 9 (RADIOLOGÍA)</b>		
PERIAPICAL TÉCNICAS DE CONO CORTO O LARGO	090101	\$ 4.118
BITE-WING	090102	\$ 4.118
OCLUSAL 6 X 8 CM	090103	\$ 7.586
MEDIA SERIADA DE 7 PELÍCULAS.	090104	\$ 14.412
SERIADAS DE 14 PELICULAS	090105	\$ 17.746
EXTRABUCALES. PRIMERA EXPOSICIÓN	090201	\$ 7.320
EXTRABUCALES, POR PRIMERA EXPOSICIÓN	090202	\$ 6.080
ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR	090203	\$ 11.436
PANTOMOGRAFÍA O PANORAMICA	090204	\$ 16.472
TELERADIOGRAFÍA CEFALOMÉTRICA	090205	\$ 18.530
SIALOGRAFÍA	090206	\$ 14.010
<b>CAPÍTULO 10 (CIRUGÍA BUCAL)</b>		
EXTRACCIÓN DENTARIA	1001	\$ 27.120
PLASTICA DE COMUNICACIÓN BUCO- SINUSAL	1002	\$ 12.782
BIOPSIA POR PUNCION O ASPIRACION	1003	\$ 11.620
ALVEOLECTOMÍA (POR ZONA - 6 ZONAS)	1004	\$ 9.296
REEMPLANTES DENT.INMEDIATO AL TRAUMATISMO	1005	\$ 17.430
INCISION Y DRENAJE DE ABCESOS	1006	\$ 9.296
BIOPSIA POR ESCISIÓN	1007	\$ 9.408
ALARGAMIENTO QUIRÚRGICO DE CORONA CLÍNICA	1008	\$ 30.000
EXTRACCION RETENIDO MUCOSO	100901	\$ 46.908
EXTRACCION RETENIDO OSEO	100902	\$ 60.234
GERMECTOMÍA	1010	\$ 52.238
LIBERACIÓN DE DIENTES RETENIDOS	1011	\$ 44.242
APIPECTOMÍA	1012	\$ 27.382
EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO	1014	\$ 14.640
ALVEOLECTOMÍA CORRECTIVA ( POR ZONA- 6 ZONAS)	1015	\$ 8.728
RADECTOMIA	1016	\$ 16.810
FRENECTOMIA	1017	\$ 24.840

EXTIRPACIÓN DE QUISTE PEQUEÑO ( HASTA 2 CM.)	1019	\$ 20.106
EXTIRPACION DE ÉPULIS	1020	\$ 16.002
<b>Atención pacientes especiales en quirófano bajo anestesia general</b>	<b>991000</b>	<b>\$ 96.000</b>

\*Para aquellos profesionales que tienen el Seguro por fuera del Convenio Corporativo, deberán presentar la póliza y el comprobante del pago mensual.

\*\*El Certificado del Registro Nacional de Prestadores (ex Anssal) pueden realizarlo en la sede de Federación