

Convenio Asociación Mutual Sancor

Forma de atención: El beneficiario deberá presentar el carnet que lo habilite como tal y su documento de identidad. El profesional debe cumplimentar una ficha de la Federación y en ella indicar los trabajos a realizar, que deberán contar con la firma del paciente renglón por renglón.

Los diferentes Planes de ésta Empresa con cobertura (es la misma para todos los planes) son los siguientes:

SanCor 6000 / 5000 / 4500 / 4000 / 4065 / 3500 / 3000 / 2000 / 1500 / 1000
OSCONARA / OSCICA / MICA / Frutos del país / Metalmecánica S.A. / OSTEL
OSMAD (Industria Maderera) / FEMA (Federación Industria Maderera)

- ✓ En el carnet está la condición del afiliado, Gravado en caso de ser prepago (o Voluntario) o No Gravado de tener cobertura a través de una Obra Social (Obligatorio). La cobertura en los dos casos, es la misma.
- ✓ Se debe hacer el fichado completo, detallando los trabajos realizados (la validez estará dada por la firma del paciente, renglón por renglón) y adjuntar una Planilla de Atención/Facturación. Desde Junio de 2014 se deja de utilizar el Bono de consulta o práctica.
- ✓ **Para trabajos de prótesis se debe requerir autorización previa a autorizaciones@sancorsalud.com.ar adjuntando copia (puede ser foto o escaneada) de la ficha y la Rx preoperatoria.**
- ✓ Los afiliados al PLAN S 1000 no tienen cobertura para el código 08.06.
- ✓ **Se establece un límite de cuatro prestaciones mensuales por beneficiario.**
- ✓ **SIEMPRE SE DEBE VERIFICAR SI EL PACIENTE ESTA HABILITADO PARA RECIBIR ATENCION:**

Opción 1 - Validación "On Line"

- Ingresar en la página www.sancorsalud.com.ar/es/ServiciosAsociado/TramitesEnLinea
- Ir **Prestadores - Nuevo sitio de autogestión.**
- Ingresar usuario (**37039**) y contraseña (**710146**).
- Ingresar a la solapa **Validar Asociado** y completar los datos del paciente.

Opción 2 - Llamar al **0800-7777-72583** y solicitar la validación del paciente. Este servicio es hasta la 19:00 hs. Luego de las 19:00 se puede hacer la misma consulta al **0810-444-72583**.

Aranceles: Se adjuntan.

Prestaciones reconocidas:

0101 - 0104 - 010470.
0201 - 0202 - 0208 - 0209 - 0215 - 0216.
0301 - 0302 - 0305 - 0306 - 0309 - 0310.
040101 - 040102 - 040103 - 040104 - 040105 - 040106 - 040107 - 040108
040109 - 040110 - 040111 - 040112 - 040201 - 040202 - 040203 - 040204
040301 - 040302 - 040401 - 040402 - 040403 - 040404 - 040405 - 040406
040407 - 040408 - 040409 - 040410 - 040411.
0501 - 0502 - 0505.
0701 - 0704.
0801 - 0802 - 0803 - 0804 - 0805 - 0806.
090101 - 090103 - 090104 - 090105 - 090204 - 090205.
1001 - 1002 - 1003 - 1004 - 1008 - 1009 - 1010 - 1011 - 1012 - 1013 - 1014 -
1015 - 1016

Servicio Odontológico

Coberturas SanCor Salud

- Para Producto **GRAV**:

Planes GRAV	Ortodoncia -con autorización previa y por vía de reintegro-	Prótesis -con autorización previa-	Odontología General
SanCor 4000	SI	100%	100%
SanCor 4065	SI	100%	100%
SanCor 3000	SI	100%	100%
SanCor 2000	SI	50%	100%
SanCor 1000	SI	NO	100%

- Para Producto **NO GRAV**:

Planes NO GRAV	Ortodoncia -con autorización previa y por vía de reintegro-	Prótesis -con autorización previa-	Odontología General
SanCor 4000	SI	100%	100%
SanCor 3000	SI	100%	100%
SanCor 3000 E	SI	100%	100%
SanCor 2000	SI	50%	100%
SanCor 1000	SI	NO	100%

NOTA: El capítulo de Ortodoncia es por Reintegro, depende del plan de cada afiliado, y es el paciente quien deberá gestionarlo ante la Obra Social. Para ello, el profesional deberá entregarle una ficha con los siguientes datos: Apellido, Nombre y número de afiliado; Diagnóstico; Plan de tratamiento; Pronóstico; Aparatología a utilizar; Tiempo estimado de tratamiento; Presupuesto total; Moldes o fotos color de frente y perfil en oclusión (informar si es necesaria su devolución ya que de lo contrario serán desechados; Fecha de prescripción; Firma y sello del profesional.

Convenio Sancor Salud - Normas de Trabajo

CAPITULO I - CONSULTAS.

01.01 Examen, diagnóstico, fichado y plan de tratamiento.

Es el examen, diagnóstico, fichado y plan de tratamiento. Como consecuencia del examen, el fichado debe reflejar el estado actual de la boca, previo al tratamiento a realizar. Siempre se debe facturar la consulta acompañada de la ficha catastral. El código 0101 podrá facturarse cada 12 meses. En pacientes derivados de otros profesionales, sólo se podrá facturar la consulta cuando no haya sido posible realizar la práctica solicitada en la derivación.

01.04 Consulta de urgencia.

Se considera consulta de urgencia a toda prestación que no constituyan paso intermedio y/o final de tratamiento. Siempre se debe informar el diagnóstico: Ej.: pericoronaritis, punción y drenaje de abscesos, cementado de coronas y puentes, flemones, hemorragias, alveolitis, etc.

CAPITULO II - OPERATORIA DENTAL.

Norma General: Las obturaciones deben tener una duración mínima de 24 meses. En ese lapso no se reconocerá repetición de las mismas si es efectuada por el mismo profesional. Para las piezas que hayan sido obturadas, no se reconocerá su extracción por un plazo de 24 meses, si la realiza el mismo profesional. Las obturaciones de amalgama en temporarios deben tener una duración mínima de 12 meses. Al facturar se reconocerá como máximo dos restauraciones simples o una simple y una compuesta o una restauración compleja por cada pieza dental, cualquiera sea el material utilizado para obturar. En temporarios sólo se pueden facturar los códigos 0201 o 0202. Si quieren facturar un 0215 o 0216 en temporarios, se debe solicitar autorización previa.

02.01 Obturación cavidad simple.

02.02 Obturación cavidad compuesta.

02.08 Restauración simple con resina de fotocurado. Sector anterior.

02.09 Restauración compuesta con resina de fotocurado. Sector anterior.

02.15 Restauración simple con resina de fotocurado. Sector anterior.

02.16 Restauración compuesta con resina de fotocurado. Sector posterior.

CAPITULO III - ENDODONCIA.

Norma general: Debe acompañarse con las Rx pre y postoperatorias, que se facturan por separado. Se consideran multirradiculares las piezas en las que mediante la Rx se visualice la presencia y tratamiento de dos o más conductos radiculares. Para su reconocimiento debe visualizarse en la Rx postoperatoria la correcta preparación del o los conductos y que el material radiopaco de obturación llegue al límite cemento dentinario (a un mm aprox.). Toda obturación del conducto que sobrepase el límite cemento dentinario o llegue a ocupar la zona periapical a distancia del tratamiento c/ material no reabsorbible se considera contraindicada, quedando la Obra Social facultada a solicitar al prestador el fundamento para reconocerlo.

Estas prácticas se reconocerán por única vez por pieza. En caso de re tratamiento podrá requerirse autorización previa adjuntando Rx e historia clínica que lo justifique.

03.01 Tratamiento endodóntico en unirradiculares.

03.02 Tratamiento endodóntico en multirradiculares.

03.05 Biopulpectomía parcial.

Se reconoce con Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado. Se debe observar la correcta obturación con material radiopaco hasta la entrada de los conductos radiculares. Cuando se facture éste código no se reconocerá otra práctica endodóntica con su obturación coronaria hasta 12 meses después de efectuada la misma, si la realiza el mismo profesional.

03.06 Necropulpectomía parcial.

Se reconoce con Rx pre y post operatorias, que se facturan por separado. Sólo en posteriores. La pieza dentaria tratada no podrá recibir otro tratamiento que no sea del Capítulo II por 24 meses. Sólo se acepta en casos en que radiográficamente se observe la ausencia de conductos radiculares; caso contrario el tratamiento deberá ser endodoncia total del elemento.

03.09 Retratamiento endodóntico en unirradiculares.

Requiere autorización previa. Se debe enviar Rx preoperatoria para la autorización y Rx post operatoria (ambas) para facturar, que se facturan por separado. Incluye la desobturación, el limado y la obturación del conducto. En la Rx pre se debe observar el fracaso del tratamiento anterior, caso contrario se debe justificar adjuntando diagnóstico.

03.10 Retratamiento endodóntico en multirradiculares.

Requiere autorización previa. Se debe enviar Rx preoperatoria para la autorización y Rx post operatoria (ambas) para facturar, que se facturan por separado. Incluye la desobturación, el limado y la obturación de los conductos. En la Rx pre se debe observar el fracaso del tratamiento anterior, caso contrario se debe justificar adjuntando diagnóstico.

CAPITULO IV - PROTESIS.

04.01.01 Incrustaciones. Cavidad simple.

Se requiere Rx pre y post operatoria, que se facturan aparte.

04.01.02 Incrustaciones: Cavidad compuesta o compleja.

Se requiere Rx pre y post, que se facturan aparte.

04.01.03 Corona forjada.

No incluye corona provisoria. Se requiere Rx pre y post, que se facturan aparte.

04.01.04 Corona colada.

No incluye corona provisoria. Se requiere Rx pre y post, que se facturan aparte.

04.01.05 Corona colada con frente estético.

En permanentes. No incluye provisorio. Se requiere Rx pre y post, que se facturan aparte.

04.01.06 Corona espiga.

Incluye pieza metálica y estética. Se requiere Rx pre y post, que se facturan aparte.

04.01.07 Corona colada revestida de acrílico.

En permanentes. No incluye provisorio. Se requiere Rx pre y post, que se facturan aparte.

- 04.01.08 Perno muñón simple.**
Se requieren las Rx pre y post, que se facturan aparte.
- 04.01.09 Perno muñón seccionado.**
Se requiere la Rx pre y post, que se facturan aparte.
- 04.01.10 Tramo de puente colado.**
Incluye pieza metálica y estética. Se requiere Rx post, que se factura aparte.
- 04.01.11 Corona de acrílico.**
No incluye corona provisoria. Se requiere Rx post, que se factura aparte.
- 04.01.12 Elemento provisorio de acrílico. Por unidad.**
Se requiere Rx post, que se factura aparte, con el elemento en boca.
- 04.02.01 Prótesis parcial removible. Hasta cuatro dientes.**
Incluye cubeta individual, montaje de dientes artificiales y controles posteriores.
- 04.02.02 Prótesis parcial removible. De cinco o más dientes.**
Incluye cubeta individual, montaje de dientes artificiales y controles posteriores.
- 04.02.03 Colados en cromo cobalto. Hasta cuatro dientes.**
Incluye cubeta, armazón colado, montaje de dientes artificiales y controles posteriores. Se requiere Rx oclusal, que se factura aparte.
- 04.02.04 Colados en cromo cobalto. De cinco o más dientes.**
Incluye cubeta, armazón colado, montaje de dientes artificiales y controles posteriores. Se requiere Rx oclusal, que se factura aparte.
- 04.03.01 Prótesis completa superior.**
Incluye consultas posteriores a su instalación para retoques necesarios. No incluye cubeta.
- 04.03.02 Prótesis completa inferior.**
Incluye consultas posteriores a su instalación para retoques necesarios. No incluye cubeta.
- 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 Diente subsiguiente. Cada uno.**
- 04.04.06 Retenedor subsiguiente. Cada uno.**
- 04.04.07 Soldado de retención en aparato de cromo cobalto con agregado de un diente.**
- 04.04.08 Retención subsiguiente.**
- 04.04.09 Carilla de acrílico.**
- 04.04.10 Rebasado de prótesis. Cada uno.**
Se reconocerá por única vez en un mismo aparato.

- 04.04.11 Cubeta individual.**
Se reconocerá cuando se efectúe con acrílico termo o auto curable, en Prótesis completas.

CAPITULO V - PREVENCIÓN.

- 05.01 Tartrectomía y cepillado mecánico.**
Se reconocerá cada 12 meses y en ese lapso no se reconocerá el código 0802.
- 05.02 Consulta preventiva. Terapias fluoradas.**
Se reconocerá cada seis meses y hasta los dieciocho años de edad, por tratamiento y en ambas arcadas, cualquiera sea la técnica que se utilice. Incluye el código 05.01.
- 05.05 Sellador de surcos, fosas y fisuras.**
Se reconocerá por pieza dental hasta los 15 años de edad. Tendrá una duración mínima de 24 meses y en ese lapso no podrá recibir obturación en la pieza tratada. Se reconocerá sólo en piezas sanas y que no presenten obturaciones previas.

CAPITULO VII - ODONTOPEDIATRIA.

- 07.01 Consulta, fichado y motivación.**
Se reconocerá hasta los 13 años de edad y se podrá facturar hasta tres veces por paciente.
- 07.04 Tratamiento de dientes primarios con formocresol.**
Se reconocerá con Rx pre y post operatoria, cuyo valor está incluido, y cuando la pieza tratada no se encuentre en período de exfoliación normal.

CAPITULO VIII - PERIODONCIA.

- 08.01 Consulta de estudio. Sondaje y fichado. Diagnóstico y pronóstico.**
Incluye la confección de la ficha periodontal respectiva, que deberá acompañar los códigos 0803 o 0804. Se reconocerá cada 12 meses.
- 08.02 Tratamiento de gingivitis.**
Comprende todos los cuadros gingivales, cualquiera fuese su etiología. Incluye Tartrectomía, raspaje, control de placa, enseñanza de cepillado, evaluación y eventual gingivoplastia. Se reconocerá cada 12 meses y por arcada.
- 08.03 Tratamiento de periodontitis destructiva leve o moderada.**
Se reconocerá con Rx preoperatoria del sector, que se factura aparte, y ficha periodontal.
- 08.04 Tratamiento de periodontitis destructiva severa.**
Se reconocerá con Rx preoperatoria del sector, que se factura aparte, y ficha periodontal. Cuando se facture el código 0803 o 0804 en piezas aisladas en pacientes parcialmente desdentados, la suma de 4 a 6 piezas completan un sector.
- 08.05 Desgaste selectivo y armonización oclusal.**
Indicar el motivo de su realización.
- 08.06 Placas oclusales (temporarias) de acrílico removibles.**

Requiere autorización previa de la Mutual. Incluye cubeta individual y controles posteriores.

CAPITULO IX - RADIOLOGIA.

Norma General: Toda Rx debe presentarse en sobre adecuado a su tamaño, en el que consten nombre, apellido y número de afiliado del paciente, y nombre y apellido del prestador, y el informe respectivo. La corrección en la presentación estará dada por la correcta angulación, definición, centrado, contraste, revelado y fijado, para una correcta y fácil interpretación. No siendo así, será causa para no reconocer la práctica o ser devuelta para su cumplimentación. Las impresiones con radiovisiógrafo se reconocerán sólo si tienen una correcta angulación, contraste y definición, que permitan observar correcta e íntegramente el tratamiento.

- 09.01.01 Radiografía periapical.**
- 09.01.03 Radiografía oclusal.**
Seis por ocho centímetros.
- 09.01.04 Media seriada de siete películas.**
- 09.01.05 Seriada de catorce películas.**
- 09.02.04 Pantomografía.**
Indicar motivo de su solicitud.
- 09.02.05 Teleradiografía cefalométrica.**
Indicar motivo de su solicitud.

CAPITULO X - CIRUGIA.

Norma General: Las prácticas que requieren presentación de Rx pre y post operatorias para su reconocimiento incluyen el valor de las mismas.

- 10.01 Extracción dentaria simple**
Se reconocerá por única vez por elemento.
- 10.02 Plástica de comunicación buco sinusal.**
Debe acompañarse con Rx pre y post operatoria, que justifiquen su realización.
- 10.03 Biopsia por punción, aspiración o escisión.**
No incluye estudio anatomopatológico.
- 10.04 Alveolectomía estabilizadora.**
Requiere autorización previa.
- 10.08 Extracción dentaria en retención mucosa.**
Se debe presentar Rx pre y post operatoria.
- 10.09 Extracción dentaria con retención ósea.**
Se debe presentar Rx pre y post operatoria.
- 10.10 Germectomía.**

Se debe presentar Rx pre y post operatoria.

10.11

Liberación de dientes retenidos.

10.12

Apicectomía.

Se debe presentar Rx pre y post operatoria. *Requiere autorización previa.*

10.13

Tratamiento de osteomielitis.

10.14

Extracción de cuerpos extraños.

10.15

Alveolectomía correctiva.

Requiere autorización previa.

10.16

Frenectomía.