

COSEGUROS ODONTOLÓGICOS

Código	Descripción	Coseguro
010100	CONSULTA Y FICHADO	\$ 30
010400	CONSULTA DE URGENCIA	\$ 30
010419	KIT ODONTOLÓGICO DE BIOSEGURIDAD COVID-19	\$ 300
010500	CONSULTA ESTOMATOLÓGICA	\$ 40
020800	RESTAURACIÓN DE DIENTES ANTERIORES	\$ 70
020890	RESTAURACIÓN DE DIENTES ANTERIORES. DISCAPACITADOS	—
021600	RESTAURACIÓN DE ELEMENTOS POSTERIORES CON RESINA	\$ 100
021690	RESTAURACIÓN DE ELEMENTOS POSTERIORES CON RESINA. DISCAPACITADOS	—
030100	TRATAMIENTO UNIRRADICULAR. NO INCLUYE RX.	\$ 100
030200	TRATAMIENTO MULTIRRADICULAR. NO INCLUYE RX.	\$ 150
030500	BIOPULPECTOMIA PARCIAL (EN DIENTES PERMANENTES JÓVENES CON APEXOGÉNESIS INCOMPLETA).	\$ 70
040108	PERNO MUÑÓN SIMPLE COLADO (CON AUTORIZACIÓN PREVIA - RX PRE Y POST)	\$ 300
040113	CORONA DE PORCELANA COCIDA SOBRE METAL	\$ 2.020
040114	TRAMO DE PUENTE POR ELEMENTO A REEMPLAZAR EN PORCELANA COCIDA SOBRE METAL	\$ 1.230
040201	PRÓTESIS PARCIAL DE HASTA 5 ELEMENTOS	\$ 910
040202	PRÓTESIS PARCIAL DE MÁS DE 5 ELEMENTOS	\$ 1.050
040302	PRÓTESIS COMPLETA INFERIOR	\$ 1.120
040301	PRÓTESIS COMPLETA SUPERIOR	\$ 1.120
040401	COMPOSTURA SIMPLE	\$ 160
040402	COMPOSTURA CON AGREGADO DE DIENTE	\$ 190
040403	COMPOSTURA CON AGREGADO DE 1 DIENTE Y 1 RETENEDOR O AGREGADO DE 2 DIENTES	\$ 270
040404	COMPOSTURA CON AGREGADO DE 2 O MÁS DIENTES Y 1 RETENEDOR	\$ 360
040410	REBASADO	\$ 230
050200	CONSULTA PREVENTIVA (INCLUYE CEPILLADO Y APLICACIÓN DE FLÚOR POR TRATAMIENTO)	\$ 40
050290	TOPICACIÓN DE FLÚOR DISCAPACITADOS MENTALES	—
050400	ENSEÑANZA DE TÉCNICAS DE HIGIENE Y DETECCIÓN DE PLACA BACTERIANA	\$ 40
050500	SELLANTES DE PUNTOS Y FISURAS	\$ 40
050600	CONSULTA PREVENTIVA EN PACIENTES EMBARAZADAS	—
060100	CONSULTA DE ORTODONCIA	\$ 300
060300	ORTODONCIA FIJA - ETAPA INICIAL	\$ 2.700
060301	ORTODONCIA FIJA - ETAPA INTERMEDIA	\$ 1.900
060302	ORTODONCIA FIJA - ETAPA FINAL	\$ 2.400
060400	ORTOPEDIA - ETAPA INICIAL	\$ 1.970
060401	ORTOPEDIA - ETAPA INTERMEDIA	\$ 1.400
060402	ORTOPEDIA - ETAPA FINAL	\$ 2.060

COSEGUROS ODONTOLÓGICOS

Código	Descripción	Coseguro
060500	PLACA DE RELAJACIÓN	\$340
060580	PLACA DE PROTECCIÓN RESILIENTE, EN PACIENTES BAJO TRATAMIENTO DE RADIO Y QUIMIOTERAPIA	—
060600	FISURADOS	—
060601	PRIMERA ATENCIÓN DEL FISURADO	—
070100	MOTIVACIÓN, HASTA 3 CONSULTAS Y FICHADO (HASTA 10 AÑOS)	\$50
070190	DISCAPACITADOS - CONSULTA	—
070191	DISCAPACITADOS - ATENCIÓN BAJO ANESTESIA GENERAL	—
070200	MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO	\$360
070300	MANTENEDOR DE ESPACIO REMOVIBLE	\$310
070400	TRATAMIENTO DE DIENTES PRIMARIOS. NO INCLUYE RX PRE Y POST.	\$70
070500	CORONA METÁLICA DE ACERO O 5 SIMILARES	\$310
070590	DISCAPACITADOS - CORONAS	—
080100	CONSULTA DE ESTUDIO. DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO	\$50
080300	TRATAMIENTO DE PERIODONCIA (BOLSAS DE HASTA 5MM. POR SECTOR)	\$50
080400	TRATAMIENTO DE PERIODONCIA (BOLSAS DE HASTA 6MM. O MAS POR SECTOR)	\$50
080500	DISCAPACITADOS. FICHA Y TRATAMIENTO PERIODONTAL COMPLETO	—
080600	TERAPIA DE MATENIMIENTO DE PACIENTES BAJO TRATADOS CON CÓDIGOS 08.03 U 08.04	\$40
080780	CONSULTA PREVENTIVA EN PACIENTES BAJO TRATAMIENTO DE RADIO Y/O QUIMIOTERAPIA	—
090101	RADIOGRAFÍA PERIAPICAL	\$20
090103	RADIOGRAFÍA OCLUSAL	\$30
090104	RADIOGRAFÍA MEDIA SERIADA DE 7 PELÍCULAS	\$40
090105	RADIOGRAFÍA SERIADA 14 PELÍCULAS	\$80
090204	ORTOPANTOMOGRFÍA	\$50
090205	TELERRADIOGRAFÍA DE CRÁNEO	\$50
090206	CANDILOGRAFÍA A BOCA ABIERTA Y CERRADA	\$50
100100	EXTRACCIÓN DENTARIA	\$80
100190	EXTRACCIÓN DENTARIA. DISCAPACITADOS	—
100200	PLÁSTICA DE COMUNICACIÓN BUCO-SINUSAL	\$90
100203	EXTIRPACIÓN DE TUMORES, QUISTES O HIPERPLASIAS PEQUEÑAS (HASTA 2 CM.) NO INCLUYE RX.	\$1.560
100300	BIÓPSIA POR PUNCIÓN, ASPIRACIÓN O ESCISIÓN (AUTORIZACIÓN PREVIA E INFORME CLÍNICO)	\$40
100500	REIMPLANTE DENTARIO INMEDIATO AL TRAUMATISMO CON FIJACIÓN	\$130

COSEGUROS ODONTOLÓGICOS

Código	Descripción	Coseguro
100900	EXTRACCIÓN DE DIENTES RETENIDOS O RESTOS RADICULARES EN RETENCIÓN ÓSEA	\$170
100900	EXTRACCIÓN DE DIENTES RETENIDOS O RESTOS RADICULARES EN RETENCIÓN ÓSEA. DISCAPACITADOS	—
100990	LIBERACIÓN DE DIENTES CON RETENCIÓN ÓSEA	\$120
1001100	APICECTOMÍA	\$150
101500	OSTEOTOMÍA CORRECTIVAPARAPROTÉTICA MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR (REBORDE ALVEOLAR)	\$130
109901	TRATAMIENTO POR TRASTORNO EN ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR. NO INCLUYE RX.	\$1.200
111101	IMPLANTE DENTARIO SUPERIOR	\$2.600
111102	IMPLANTE DENTARIO INFERIOR	\$2.600