

**INSTRUCTIVO PARA REINTEGROS ODONTOLOGICOS**

**LOS REINTEGROS SE REALIZAN CON AUDITORIA POST** (sacando turno previo en la página de la obra social).

**CONSTANCIA CBU** (del afiliado titular) si no lo presentó anteriormente en la Obra Social para poder transferir el monto del reintegro.

**SE ACEPTAN COPIAS DE RADIOVISIOGRAFO CON PROTOCOLO DICOM**

**LAS ESTAMPILLAS SE PUEDEN COMPRAR:**

COLEGIO DE ODONTOLOGOS: 9 DE JULIO 1668

AMECO: SANTA FE 3011

ASOR: RIOJA 1618

**DOCUMENTACION A PRESENTAR SEGUN PLAN DE TRATAMIENTO:**

**CONSULTAS**

Ficha odontológica o formulario R/P membretados, con odontograma completo. Cualquiera de las dos opciones debe estar **SELLADO, FIRMADO POR EL PROFESIONAL y ESTAMPILLADO**

Recibo, factura o comprobante fiscal del profesional que firma y sella la ficha.

## **OPERATORIA Y PERIODONCIA**

*Ficha odontológica o formulario R/P membretados con el detalle del plan de tratamiento, para realizar auditoria post el tratamiento terminado, en periodoncia debe presentar ficha PERIODONTAL y Rx previas (Panorámica o Seriada) con la descripción del plan de tratamiento. □ Cualquiera de las dos opciones debe estar SELLADO, FIRMADO POR EL PROFESIONAL y ESTAMPILLADO. (**DEBE PRESENTARSE EL PACIENTE QUE REALIZO EL TRATAMIENTO** )*

*Recibo, factura o comprobante fiscal del profesional que firma y sella la ficha.*

## **CIRUGIA**

*Ficha odontológica o formulario R/P membretados, con la descripción del plan de tratamiento. Cualquiera de las dos opciones debe estar SELLADO, FIRMADO POR EL PROFESIONAL y ESTAMPILLADO. (**DEBE PRESENTARSE EL PACIENTE QUE SE REALIZO LA CIRUGIA**)*

*Con radiografías PRE Y POST*

*Recibo, factura o comprobante fiscal del profesional que firma y sella la ficha.*

**PROTESIS FIJAS**

*Ficha odontológica o formulario R/P membretados, con la descripción del plan de tratamiento. Cualquiera de las dos opciones debe estar SELLADO, FIRMADO POR EL PROFESIONAL y ESTAMPILLADO. (DEBE PRESENTARSE EL PACIENTE QUE REALIZO EL TRATAMIENTO )*

*Con el tratamiento terminado y las Radiografías PRE, POST PERNO y POST CORONA.*

*Coronas de Porcelena se cubren solo si cuenta con el FONDO SOLIDARIO*

*Recibo, factura o comprobante fiscal del profesional que firma y sella la ficha.*

**PROTESIS REMOVIBLES**

*Ficha odontológica o formulario R/P membretados, con la descripción del plan de tratamiento.□  
Cualquiera de las dos opciones debe estar SELLADO, FIRMADO POR EL PROFESIONAL y  
ESTAMPILLADO. (DEBE PRESENTARSE EL PACIENTE QUE REALIZO EL TRATAMIENTO  
)*

*Con aparatología en boca.*

*Recibo, factura o comprobante fiscal del profesional que firma y sella la ficha.*

### **PLACA OCLUSAL DE ACRILICO**

*Ficha odontológica o formulario R/P membretados, con la descripción del plan de tratamiento.□  
Cualquiera de las dos opciones debe estar SELLADO, FIRMADO POR EL PROFESIONAL y  
ESTAMPILLADO. (DEBE PRESENTARSE EL PACIENTE QUE REALIZO EL TRATAMIENTO  
)*

*Debe concurrir con la placa oclusal de acrilico*

*Recibo, factura o comprobante fiscal del profesional que firma y sella la ficha.*

**INCRUSTACIONES SIMPLES / COMPUESTAS O ESTETICAS**

*Ficha odontológica o formulario R/P membretados, con la descripción del plan de tratamiento.□  
Cualquiera de las dos opciones debe estar SELLADO, FIRMADO POR EL PROFESIONAL y ESTAMPILLADO. (DEBE PRESENTARSE EL PACIENTE QUE REALIZO EL TRATAMIENTO )*

*Debe presentar radiografía PRE, POST y TROQUEL EN DENSITA.*

*Recibo, factura o comprobante fiscal del profesional que firma y sella la ficha.*

**TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS (ENDODONCIA)**

*Ficha odontológica o formulario R/P membretados, con la descripción del plan de tratamiento.□  
Cualquiera de las dos opciones debe estar SELLADO, FIRMADO POR EL PROFESIONAL y ESTAMPILLADO. (DEBE PRESENTARSE EL PACIENTE QUE REALIZO EL TRATAMIENTO )*

**El tratamiento terminado, radiografiás (PRE – CONDUCTOMETRIA CON AISLAMIENTO**

**ABSOLUTO - POST) (sin las 3 (tres) radiografías no se realizara reintegro)**

*Recibo, factura o comprobante fiscal del profesional que firma y sella la ficha.*

## **IMPLANTES**

*SOLO SI CUENTA CON EL FONDO SOLIDARIO / Ficha odontológica o formulario R/P membretados, con la descripción del plan de tratamiento. Cualquiera de las dos opciones debe estar SELLADO, FIRMADO POR EL PROFESIONAL y ESTAMPILLADO. (DEBE PRESENTARSE EL PACIENTE QUE REALIZO EL TRATAMIENTO )*

*Con radiografía panorámica o tomografía, de diagnóstico pre quirúrgico, con fecha de realizadas no mayor a 12 meses y Radiografía Periapical Post. Cirugía.*

*Recibo, factura o comprobante fiscal del profesional que firma y sella la ficha.*

**PLACA DE ATM**

*SOLO SI CUENTA CON EL FONDO SOLIDARIOS. Ficha odontológica o formulario R/P membretados, con la descripción del plan de tratamiento. Cualquiera de las dos opciones debe estar SELLADO, FIRMADO POR EL PROFESIONAL y ESTAMPILLADO. (DEBE PRESENTARSE EL PACIENTE QUE REALIZO EL TRATAMIENTO )*

*Debe concurrir con la placa de ATM*

*Recibo, factura o comprobante fiscal del profesional que firma y sella la ficha.*