

SEM/DICOM/DAF/DAJ/OMR

**CONVENIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
SERVICIO DE BIENESTAR DE LA MUNICIPALIDAD DE PUENTE ALTO
Y
MEDICAL POLICENTER SERVICIOS DENTALES S.A**

En Santiago, a 01 de Junio de 2012, entre **Medical Policenter Servicios Dentales S.A.** en adelante el Centro Médico, Rut.78.740.310-7 representado por don Arturo Melibosky Mutinelli, Cedula de identidad 7.831.770-1, ambos con domicilio en Vicuña Mackenna N° 10.557 Comuna de La Florida y por otra, **Servicio de Bienestar de la Municipalidad de Puente Alto** en adelante la Empresa, Rut.69.072.100-7, representado por el Presidente de su Comité, don Rene Borgna Verdugo, Cedula de identidad 8.190.206-2, ambos con domicilio en Av. Concha y Toro N° 1820 Comuna de Puente Alto, se ha establecido el siguiente convenio:

PRIMERO:

Medical Policenter Servicios Dentales S.A. tiene como objeto la creación, promoción, desarrollo y ejecución de acciones y prestaciones odontológicas relacionadas con la prevención, curación y recuperación de la salud bucal, en los centros médicos y dentales de nuestra institución en las siguientes direcciones:

Direcciones

- Av. Vicuña Mackenna N° 10.557, La Florida.
 - 21 de Mayo N° 0178, Puente Alto.
 - Estado N° 115 entrepiso, Santiago Centro.
 - San Borja N° 122 locales 225 y 226 2º piso. Mall Arauco Paseo Estación, Estación Central
- CALL CENTER: 3933000**

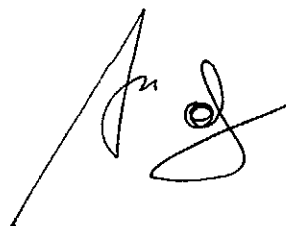
SEGUNDO:

Beneficiarios.

Son beneficiarios de este convenio aquellas personas que en virtud del mismo tienen derecho a los beneficios en él convenidos, y que se individualizan en una base de datos entregada por **La Empresa**.

Esta base de datos identifica al trabajador y sus cargas legales. **La Empresa** se compromete a mantener informado periódicamente a Medical Policenter de todas las nuevas incorporaciones y a su vez los egresos de esta base de datos y el **Centro Medico** se compromete a mantener en reserva la información y sólo hacer uso de ella para los fines acordados en el presente instrumento.

Los beneficiarios tendrán un derecho de atención preferente conforme a las posibilidades materiales y técnicas del Centro Médico y se sujetarán a las normas del presente convenio.



QUINTO:

Restricciones

- 1.- Sólo podrá obtener estos beneficios en los centros dentales de Medical Policenter.
- 2.- Si el beneficiario es atendido de urgencia, y si de esa atención fuera necesario continuar con un tratamiento odontológico, el tratamiento se cobrará con el descuento correspondiente.

SEXTO:

Urgencias Odontológicas

- 1.- Solución y manejo de DOLOR, tanto de origen dental, como bucal y maxilofacial.
- 2.- Manejo de infecciones, tanto farmacológico como algún procedimiento asociado, tal como, drenaje (Esto debido a que cuando existe una infección no se puede proceder con una atención, ya que la infección impide que la anestesia haga su efecto).
- 3.- Trepanaciones dentarias y su correspondiente presupuesto de la endodoncia que se asocia.
- 4.- Diagnostico y manejo farmacológico de traumatismo dentoalveolares y derivaciones necesarias.
- 5.- Solución TEMPORAL, vale decir que siempre debe haber posteriormente una evaluación profesional de la solución definitiva a situaciones como desalojo de obturaciones, de coronas y/o puentes.

SEPTIMO:

Tratamiento dental

Se entiende como tratamiento dental todo procedimiento derivado de una consulta previa con un especialista odontólogo de Medical Policenter, lo cual permitirá la elaboración de un plan de tratamiento y presupuesto.

El presupuesto dental será sin costo para los funcionarios afiliados al presente convenio.

El servicio de radiografías se efectuará vía pago inmediato, intermedio de los mecanismos que Medical Policenter tenga vigentes en sus centros.

OCTAVO:

Pago de aportes Médicos.

El pago de los tratamientos y atenciones médicas, se deberán realizar en forma inmediata y de una sola vez por parte del afiliado.

NOVENO:

Pago del Tratamiento Odontológico

El pago del tratamiento dental se realizara conforme al arancel citado en la cláusula tercera, previa autorización del presupuesto por parte del afiliado y del Servicio de Bienestar. Cada presupuesto autorizado se cancelará por parte del beneficiario en forma directa según los



sistemas de pago vigentes en sus centros o vía descuento por planilla hasta en **06** cuotas precio contado, con un valor mínimo de la cuota de una **1UF**.

Para efectos del pago, en el caso de las atenciones Dentales, **Medical Policenter Servicios Dentales S.A.** hará llegar la facturación mensual a más tardar el día 05 de cada mes al **Servicio de Bienestar** una nómina de los vencimientos de cuotas de los tratamientos del mes anterior, para su descuento y posterior pago, el cual se efectuara como máximo dentro de los 30 días siguientes a la facturación.

En relación con el pago vía descuento por planilla, el Departamento de Bienestar asume el compromiso de solicitar el descuento desde la liquidación del trabajador en coordinación con la Unidad de Remuneraciones del Departamento de Personal, por lo cual deberá velar por que el trabajador tenga alcance liquido, para tales efectos. En caso de término de la relación laboral del titular de la deuda con la municipalidad, se requerirá al Departamento de Personal se descuenta la totalidad de la diferencia impaga por el trabajador para dar cumplimiento al compromiso adquirido, hasta su alcance liquido efectivo.

DECIMO

El **Servicio de Bienestar** brindará todas las facilidades a **Medical Policenter**, para poder hacer llegar a sus afiliados boletines, ofertas e invitaciones a clínicas o campañas de salud. Para esto, el Servicio de Bienestar podrá facilitar nominas de sus afiliados, esto para los fines antes señalados.

DECIMO PRIMERO:

Se instituye al Departamento de Bienestar como interlocutor válido, para efectos de coordinar, controlar y supervigilar la correcta ejecución del convenio, quien designará al (los) funcionario (s) encargado (s) de cumplir dicha labor.

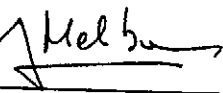
DECIMO SEGUNDO:

Para todos los fines de este convenio, las partes fijan su domicilio en la Comuna de Puente Alto, sometiéndose ambos a la jurisdicción de los tribunales de esta comuna.

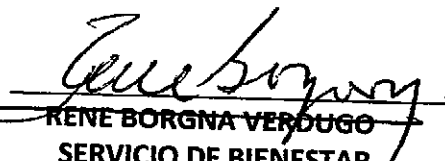
Leído el presente convenio, y estando las dos partes de acuerdo del presente documento, se firma en cuatro ejemplares quedando dos ejemplares para cada una de las partes.

DECIMO TERCERO:

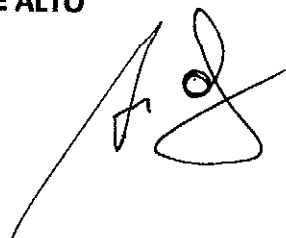
La personería de los representantes del Servicio de Bienestar de la Municipalidad de Puente Alto y de Medical Policenter Servicios dentales S.A, no se insertan por ser conocidas de las partes y a expresa petición de los mismos.



ARTURO MELIBOSKY MUTINELLI
MEDICAL POLICENTER SERV. DENTALES S.A.



RENE BORGNA VERDUGO
SERVICIO DE BIENESTAR
MUNICIPALIDAD DE PUENTE ALTO



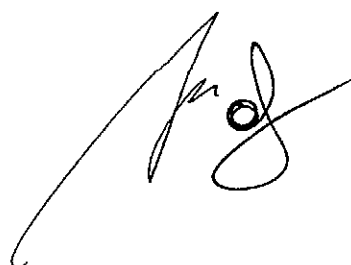
**CONVENIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
SERVICIO DE BIENESTAR DE LA MUNICIPALIDAD DE PUENTE ALTO
Y MEDICAL POLICENTER SERVICIOS DENTALES S.A**

ANEXO N° 1

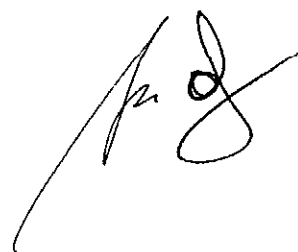
Se estipulan los valores de las atenciones medicas y exámenes de diagnostico para ISAPRES, las cuales forman parte integral de este instrumento, para todos los efectos legales.

LISTA DE VALORES VIGENTES

ATENCIONES MEDICAS		Banmedica	Colmena	Consalud	Cruz Blanca
CODIGO	ESPECIALIDAD	Valor	Valor	Valor	Valor
101001	Medicina General	10370	12000	11364	12000
101003	Medicina Interna	12000	12000	11800	12000
101003	Broncopulmonar	13500	16000	17004	16000
101003	Cardiología	12700	16000	17004	16000
101003	Gastroenterología	12700	16000	12888	16000
101002	Dermatología	14300	18000	17004	18000
101002	Geriatría	15400	16000	15766	16000
101003	Pediatría	12100	16000	11800	16000
	Reumatología	18000	18000	18648	18000
101003	Traumatología	12700	16000	11800	16000
101003	Urología	12700	16000	.....	16000
901001	Psicología Clínica	16000	16000	.....	16000
101003	Ginecología	12100	16000	11800	16000
101002	Neurología	17200	18000	17014	18000
901009	Neurosiquitría	18000	18000	.....	18000
1201019	Oftalmología	17000	18000	.....	18000
101002	Otorrinolaringología	15400	18000	17014	18000
	Nutrición	.....	14000	.....	14000
	Kinesiología	FNS 3	FNS 3	FNS 3	FNS 3



EXAMENES DE DIAGNOSTICO		Banmedica	Colmena	Consalud	Cruz Blanca
CODIGO	ESPECIALIDAD	Valor	Valor	Valor	Valor
03XXX	Laboratorio Clínico	FNS 2	FNS 1/costo 0	FSN 2	FNS 1/costo 0
0401XXX	Radiología General	FNS 2	FNS 1/costo 0	FSN 2	FNS 1/costo 0
401010	Mamografía	FNS 2	.....	FSN 2	.....
0403XXX	Scanner	FNS 2	FNS 1	FSN 2	FNS 1
0405XXX	Resonancia Magnética	FNS 2	.....	FSN 2	.....
404003	Ecotomografía	FNS 3	FNS 1	FNS 3	FNS 1
1101043	Electroencefalografía	FNS 3	FNS 2	FNS 3	FNS 2
1701001	Electrocardiografía	FNS 3	Nivel 2	FNS 3	Nivel 2
1801001	Endoscopia	FNS 3	Nivel 2	FNS 3	Nivel 2
	Test de Esfuerzo	FNS 2	.....	FNS 2	.....
	Holter de Presión	FNS 2	.....	FNS 2	.....
404016	Ecotomografía partes blandas		FNS 3		FNS 3
1707XXX	Servicios Respiratorios		FNS 3		FNS 3



**CONVENIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
SERVICIO DE BIENESTAR DE LA MUNICIPALIDAD DE PUENTE ALTO
Y MEDICAL POLICENTER SERVICIOS DENTALES S.A**

ANEXO N° 2

Se estipulan los valores de los tratamientos dentales, las cuales forman parte integral de este instrumento, para todos los efectos legales.

LISTA DE VALORES VIGENTES

ARANCEL PRESTACIONES GENERALES

Código	Descripción	Cantidad	Valor Unitario	Valor Total
2000001	GES-PREV EXAMEN DE SALUD (PREVENCION Y EDUCACION)	1	14.500	5.800
2000002	GES-PREV APLICACION DE SELLANTES	1	14.500	5.800
2000003	GES-PREV DESTARTRAJE (SUB GINGIVAL) Y PULIDO CORONARIO	1	14.500	5.800
2000004	GES-PREV PULPOTOMIA EN PIEZA TEMPORAL	1	14.500	5.800
3000001	GES-TTO OBTURACIONES DEFINITIVAS	1	14.500	5.800
3000002	GES-TTO OBTURACIONES EN PIEZAS TEMPORALES	1	14.500	5.800
3000003	GES-TTO RADIOGRAFIA RETROALVEOLAR	1	14.500	5.800
3000004	GES-TTO EXODONCIA TEMPORAL	1	14.500	5.800
3000005	GES-TTO CEPILLO + PASTA DENTAL	1	14.500	5.800
4000000	BLANQUEAMIENTO TOTAL	13,5	195.750	78.300
4000001	BLANQUEAMIENTO TOTAL PROM. MAS-TARJETA (Valor base \$200.000 -30%)	13,5	195.750	78.300
4000002	RX - RX PANORAMICA - RAY MAX	10	145.000	58.000
4000003	RX - RX RETROALVEOLAR - RAY MAX	3	43.500	17.400
4000004	SET RX RAY MAX ORTODONCIA (PANOR.- TELERAD.- EST. CEF.-BITE W.)	2	29.000	11.600
5000000	RECETA ODONTOLOGICA	2	29.000	11.600
5001001	ACG- EXAMEN INICIAL, PLAN DE TRATAMIENTO Y PRESUPUESTO	1,5	21.750	8.700
5001002	ACG- CONTROL Y EXAMEN PERIODICO DE RIGOR	1	14.500	5.800
5001003	ACG- INTERTERCONSULTA CON INFORME ESCRITO, 1 SESION	2	29.000	11.600
5001004	ACG-URGENCIAS, TRATAMIENTO INICIAL 1 SESION	1	14.500	5.800
5001005	ACG- URGENCIAS A DOMICILIO ID. ANTERIOR	2	29.000	11.600
5001006	ACG- URGENCIAS EN HOSPITAL ID. ANTERIOR	2	29.000	11.600
5001007	ACG- ESTUDIOS PRELIMINAR CLINICO, RX Y MODELOS	2	29.000	11.600
5001008	ACG- INFORMES PERICIALES 1 HORA PROFESIONAL	3	43.500	17.400



Prestaciones				
5001009	ACG- CONSULTORIAS Y ESTUDIO PROFESIONAL: 1HORA	3	43.500	17.400
5002001	PIH- HIGIENE O PROFILAXIS EN ADULTOS	2	29.000	11.600
5002002	PIH- HIGIENE O PROFILAXIS EN NIÑOS	1	14.500	5.800
5002003	PIH- INSTRUCCION Y CONTROL HIGENE ORAL ADULTOS	1	14.500	5.800
5002004	PIH- INSTRUCCION Y CONTROL HIGENE ORAL NIÑOS	1	14.500	5.800
5002005	PIH- APLICACION DE FLUOR EN COLUTORIOS (TRAT.)	1	14.500	5.800
5002006	PIH- APLICACION FLUOR GEL TOTAL NIÑOS Y ADULTOS	2	29.000	11.600
5002007	PIH- APLICACION FLUOR TOTAL SILANO ID.	5	72.500	29.000
5002008	PIH- APLICACION SELLANTE PIEZA TEMPORAL FOTOCURADO	1	14.500	5.800
5002009	PIH- APLICACION SELLANTE PIEZA DEF. FOTOCURADO	1,5	21.750	8.700
5002010	PIH- MANTENEDOR ESPACIO FIJO	4	58.000	23.200
5002011	PIH- MANTENEDOR DE ESPACIO REMOVIBLE	4	58.000	23.200
5002013	MOVER PIEZA EN MORDIDA INVERTIDA A NORMAL	4	58.000	23.200
5003001	RX RETROALVEOLAR	0,5	7.250	2.900
5003002	RX RETROALVEOLAR TOTAL	4,7	68.150	27.260
5003003	RX ALETA MORDIDA UNILATERAL ADULTO	1,3	18.850	7.540
5003004	RX ALETA MORDIDA BILATERAL ADULTO	2,6	37.700	15.080
5003005	RX ALETA MORDIDA UNILATERAL NIÑO	0,65	9.425	3.770
5003006	RX ALETA MORDIDA BILATERAL NIÑO	1,3	18.850	7.540
5004001	INFORME ESCRITO DE INTERPRETACION CADA PLACA	2	29.000	11.600
5004002	RADIOGRAFIA A.T.M. BILATERAL (3 POSICIONES)	2	29.000	11.600
5004003	RX TELERADIOGRAFIA	1,45	21.025	8.410
5004004	RX PANORAMICA	3,1	44.950	17.980
5004005	RX LATERAL DE MANDIBULA	1,45	21.025	8.410
5004006	RX SENOS MAXILARES	1,45	21.025	8.410
5005001	OBTURACIONES SIMPLE (1 CARA) EN AMALGAMA	1,5	21.750	8.700
5005002	OBTURACIONES COMPUESTAS (2 CARAS) EN AMALGAMA	2,5	36.250	14.500
5005003	MUÑONES CON PINES DE RETENCION	4	58.000	23.200
5005004	MUÑONES CON PERNO AL CONDUCTO Y/O PINES DE RETENCION	5	72.500	29.000
5005005	OBTURACIONES CERVICALES CON O SIN CAVIDAD	5	72.500	29.000
5005006	OBTURACIONES DE 1 CARA CON CAVIDAD	1,5	21.750	8.700
5005007	OPE- CONFECCION DE MUÑON DE RESINA	5	72.500	29.000
5005008	OPE- RESTAURACION CERVICAL CON O SIN CAVIDAD	2	29.000	11.600
5005009	OPE- RESTAURACION SIMPLE ANTERIOR CON CAVIDAD	3	43.500	17.400



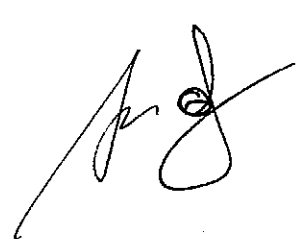
CODIGO	DESCRIPCION			
5005010	OPE- RESTAURACION ANTERIOR CON ANGULO C/S PINES	4	58.000	23.200
5005011	OPE- RESTAURACION SIMPLE POSTERIOR CON CAVIDAD	3	43.500	17.400
5005012	OPE- RESTAURACION COMPUESTA POSTERIOR 2 O MAS CARAS	4,5	65.250	26.100
5005013	OPE- RECONSTITUCION PARCIAL DE CORONAS O CARILLAS	4,5	65.250	26.100
5005014	MUÑONES CON PERNOS O PINES RETENTIVOS	5	72.500	29.000
5005015	REO- RECEMENTACION DE INCRUSTACION TIPO INLAY	6	87.000	34.800
5005016	REO- RECEMENTACION DE INCRUSTACION TIPO ONLAY	7	101.500	40.600
5005017	INC- PORCELANA ONLAY U OVERLAY	9	130.500	52.200
5005018	INC- PORCELANA INLAY	9	130.500	52.200
5005019	INC- INCRUSTACIONES CEROMETROS INLAY	8	116.000	46.400
5005020	INC- INCRUSTACIONES CEROMETROS ONLAY U OVERLAY	8	116.000	46.400
5005021	INC- CARILLAS INDIRECTAS	9	130.500	52.200
5005022	REO- RECEMENTACION DE INCRUSTACION SIN CORRECCIONES	2	29.000	11.600
5005023	REO- RECEMENTACION INCRUSTACION CON AJUSTE OPERATORIO	3	43.500	17.400
5005024	REO- RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO + CURAC. TEMPORAL	2	29.000	11.600
5005025	REO- RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO + CURAC. TEMPORAL	1,5	21.750	8.700
5005026	TRATAMIENTO TOPICO SENSIBILIDAD CUELLOS C/U	2,5	36.250	14.500
5005027	OBTURACION SIN CAVIDAD CUELLO HIPERSENSIBLE	1,5	21.750	8.700
5005028	REO- BLANQUEAMIENTO DE PIEZA PERMANENTE, TRAT. QUIM. INTRA CAMERAL	3	43.500	17.400
5005029	BLANQUEAMIENTO DE PIEZA TEMPORAL PARCHE FOTOCURADO	3	43.500	17.400
5006001	PFI- CORONAS PROVISORIAS DE ACRILICO	4,5	65.250	26.100
5006002	CORONA TEMPORAL DE ACRILICO O POLICARBONATO	3	43.500	17.400
5006003	PFI- CORONA METALICA COMPLETA	13	188.500	75.400
5006004	PFI- CORONA METALICA TRES CUARTOS	13	188.500	75.400
5006005	CORONA DEFINITIVA RESINA ACRILICA TERMOPOLIMERIZADA	13	188.500	75.400
5006006	PFI- CORONA PERIFERICA SOBRE CASQUETE METALICO (ESPECIALISTA)	18	261.000	104.400



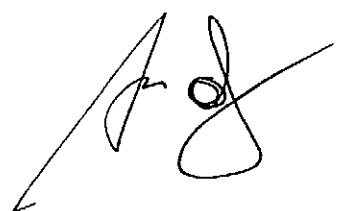
CODIGO	DESCRIPCION		PRECIO	PRECIO
5006007	PFI- CORONA PERIFERICA SOBRE ESPIGA MUÑON (ESPECIALISTA)	18	261.000	104.400
5006008	CORONA DE PORCELANA PURA	14	203.000	81.200
5006009	PFI- CORONA DE PORCELANA SOBRE METAL (ESPECIALISTA)	18	261.000	104.400
5006010	PFI- CORONA INSERCIÓN PROTESIS FIJA PLURAL	16	232.000	92.800
5006011	INCRUSTACION METALICA COMO INSERCIÓN P. FIJA PLURAL	8	116.000	46.400
5006012	PFI- CORONA INTERMEDIARIO EN PROTESIS FIJA	14,5	210.250	84.100
5006013	PFI- ARTIFICIOS COMO ANCLAJES DE PRECISION	3,5	50.750	20.300
5006014	PFI- INSERCIÓN PARA PUENTE ADHESIVO MARYLAN	9	130.500	52.200
5006015	PFI- INTERMEDIARIO PARA PUENTE MARYLAN	8	116.000	46.400
5006016	PFI- FRENTES ESTETICO MARYLAN O PORCELANA	10,5	152.250	60.900
5006017	PFI- ESPIGA MUÑON COLADO SIMPLE O BIPARTITO	6	87.000	34.800
5006018	PFI- RECEMENTACION CORONA SIN CORRECCIONES	2	29.000	11.600
5006019	PFI- RECEMENTACION CORONA CON AJUSTE OPERATORIO	3	43.500	17.400
5006020	PFI- RECEMENTACION PUENTE DEF. SIN CORRECCIONES	2,5	36.250	14.500
5006021	PFI- RECEMENTACION PUENTE CON AJUSTE OPERATIVO	4	58.000	23.200
5006023	CORONA IN-CERAM	17	246.500	98.600
5007001	PRE- PROTESIS TOTAL SUPERIOR DE ACRILICO	15	217.500	87.000
5007002	PRE- PROTESIS TOTAL INFERIOR DE ACRILICO	17,5	253.750	101.500
5007003	PRE- JUEGO DE PROTESIS TOTALES SUPERIOR E INFERIOR ACRILICO	35	507.500	203.000
5007004	PRE- PROTESIS SUP. O INF. PARCIAL DE BASE ACRILICA	15	217.500	87.000
5007005	PRE- PROTESIS SUP. O INF. PARCIAL DE BASE METALICA	16	232.000	92.800
5007006	PRE- PROTESIS SUP. O INF. UNILATERAL BASE ACRILICA	15	217.500	87.000
5007007	PRE- PROTESIS SUP. O INF. UNILATERAL BASE METALICA	16	232.000	92.800
5007008	PRE- PROTESIS INMEDIATAS	16	232.000	92.800
5007009	PRE- REBASADO TOTAL	3,5	50.750	20.300
5007010	PRE- REPARACION DE PROTESIS CON TOMA DE IMPRESION	3	43.500	17.400
5007011	PRE- REPARACION DE PROTESIS SIN TOMA DE IMPRESION	2	29.000	11.600
5007012	ARTIFICIOS COMPLEMENTARIOS DE ANCLAJE	2,5	36.250	14.500
5007013	PRE- PERNO SANDRI	10	145.000	58.000
5007014	PRE- PROTESIS TRANSITORIA	15	217.500	87.000



CODIGO	DESCRIPCION	UNIDAD	PRECIO ORIGINAL	PRECIO ACTUAL
5007015	PRE- PROTESIS VALPLAS	17	246.500	98.600
5007050	PRE- PROTESIS TOTAL SUP. DE ACRIL. EN REABSORCION EXTREMA (ESPECIALISTA)	22,5	326.250	130.500
5007055	PRE- PROTESIS TOTAL INF. DE ACRIL. CON REABSORCION EXTREMA (ESPECIALISTA)	24	348.000	139.200
5007060	PRE- JUEGO DE PROTESIS TOTALES SUPERIOR E INFERIOR (ESPECIALISTA)	46	667.000	266.800
5007065	PRE- SOBREDENTADURA REMOVIBLE SOBRE IMPLANTES (ESPECIALISTA)	23,5	340.750	136.300
5007070	PRE- ARTIFICIOS COMPLEMENTARIOS DE ANCLAJES (ESPECIALISTA)	3,5	50.750	20.300
5008001	END- DIAGNOSTICO CON VITALOMETRIA	1,5	21.750	8.700
5008002	END- TREPANACION POR URGENCIA	2,5	36.250	14.500
5008003	PULPOTOMIA EN PIEZA PERMANENTE VITAL	3	43.500	17.400
5008004	END- INDUCCION AL CIERRE APICAL POR SESION (ESPECIALISTA)	5	72.500	29.000
5008005	END- VACIAMIENTO DE ABSCEOS	3	43.500	17.400
5008006	END- ENDODONCIA INCISIVO Y CANINOS VITALES	6	87.000	34.800
5008007	END- ENDODONCIA EN PREMOLARES VITALES	7	101.500	40.600
5008008	END- ENDODONCIA PREMOLARES VITALES (ESPECIALISTA)	9	130.500	52.200
5008009	END- DESOBTURACION PARCIAL EN CONDUCTOS ANCLAJES	1,5	21.750	8.700
5009001	END- ENDODONCIA DIENTES ANTERIORES (INCISIVOS Y CANINOS) CON LESION APICAL (ESPECIALIDAD)	8,5	123.250	49.300
5009002	END- ENDODONCIA PREMOLARES CON LESION APICAL (ESPECIALISTA)	10	145.000	58.000
5009003	END- ENDODONCIA EN MOLAR SUPERIOR CON LESION (ESPECIALISTA)	15	217.500	87.000
5009004	END- ENDODONCIA EN MOLAR INFERIOR CON LESION (ESPECIALISTA)	14	203.000	81.200
5009005	END- BLANQUEAMIENTO DE DIENTES DESVITALIZADOS (ESPECIALISTA)	3	43.500	17.400
5009006	END- APICECTOMIA (ESPECIALISTA)	8	116.000	46.400
5009007	END- ENDODONCIA EN INCISIVOS Y CANINOS VITALES (ESPECIALISTA)	8	116.000	46.400
5009008	END- APICECTOMIA Y OBTURACION A RETRO (ESPECIALISTA)	15	217.500	87.000
5009009	END- ENDODONCIA EN MOLARES SUPERIORES VITALES (ESPECIALISTA)	13	188.500	75.400
5009010	END- ENDODONCIA EN MOLARES INFERIORES VITALES (ESPECIALISTA)	12	174.000	69.600
5009011	END- GINGIVECTOMIA UNITARIA PARA AISLACION (ESPECIALISTA)	2	29.000	11.600



CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
5009012	END- RETIRO ESPIGA METALICA DEL CONDUCTO (ESPECIALISTA)	4,5	65.250	26.100
5009013	END- FERULIZACION POR GRUPO (ESPECIALISTA)	3	43.500	17.400
5009014	END- TREPANACION DE INCRUSTACIONES Y FERULAS (ESPECIALISTA)	2	29.000	11.600
5009015	END- DESOBTURACION PARA REPETIR TRATAMIENTO POR CONDUCTO (ESPECIALISTA)	2	29.000	11.600
5009020	END- ENDODONCIA PREMOLARES TRIRRADICULARES SIN LESION (ESPECIALISTA)	13	188.500	75.400
5009025	END- ENDODONCIA PREMOLARES TRIRRADICULARES CON LESION (ESPECIALISTA)	15	217.500	87.000
5009030	END- DIAGNOSTICO PULPAR (ESPECIALISTA)	2	29.000	11.600
5009035	END- URGENCIA ENDODONTICA (ESPECIALISTA)	3	43.500	17.400
5009040	END- RECUBRIMIENTO INDIRECTO Y DIRECTO (ESPECIALISTA)	3	43.500	17.400
5009045	END- PULPOTOMIA EN DIENTE PERMANENTE JOVEN PARCIAL Y TOTAL (ESPECIALISTA)	5	72.500	29.000
5009050	END- SESION DE RECAMBIO DE PASTAS ALCALINAS POR SESION (ESPECIALISTA)	3	43.500	17.400
5009055	END- SESION DE MEDICACION DE INTRACONDUCTO (ESPECIALISTA)	2	29.000	11.600
5009060	END- CONDUCTO CALCIFICADO POR SESION (ESPECIALISTA)	3	43.500	17.400
5009065	END- SELLADO DE PERFORACIONES Y FASAS VIAS (ESPECIALISTA)	4	58.000	23.200
5009070	END- INSTRUMENTACION MECANIZADA (ESPECIALISTA)	3	43.500	17.400
5009075	END- RETIRO DE INSTRUMENTO FRACTURADO (ESPECIALISTA)	2	29.000	11.600
5009080	END- OBTURACION CON TECNICAS TERMOPLASTICAS (ESPECIALISTA)	4	58.000	23.200
5009085	END- AISLACION UNITARIA COMPLEJA (ESPECIALISTA)	1	14.500	5.800
5009090	END- RADECTOMIA Y/O EMISECCION SIN ENDODONCIA (ESPECIALISTA)	8	116.000	46.400
5009095	END- RX RETROALVEOLAR DE CONDUCTOMETRIA (ESPECIALISTA)	0,35	5.075	2.030
5009100	END- RX RETROALVEOLAR CONTROL DE OBTURACION (ESPECIALISTA)	0,35	5.075	2.030
5009105	END- RX RETROALVEOLAR CONTROL DE DESOBTURACION PARCIAL O TOTAL (ESPECIALISTA)	0,35	5.075	2.030
5009110	END- RADIOVISIOGRAFIA (ESPECIALISTA)	7	101.500	40.600
5009115	END- MICROSCOPIA (ESPECIALISTA)	5	72.500	29.000



CODIGO	DESCRIPCION	UNIDAD	PRECIO	PRECIO
5010001	PER- CONSULTA	1,5	21.750	8.700
5010002	PER- TOMA DE MUESTRA EXAMENES MICROBIOLOGICO	1	14.500	5.800
5010003	PER- TRATAMIENTO DE URGENCIA GUNA, POR SESION	4,5	65.250	26.100
5010004	PER- DESTARTRAJE SUPRAGINGIVAL Y LIMPIEZA CORONARIA POR SEXTANTE	1,5	21.750	8.700
5010005	PER- DESTARTRAJE SUBGINGIVAL POR SEXTANTE	1,5	21.750	8.700
5010006	PER- TRATAMIENTO DE ABSCESO PERIODONTAL	2,5	36.250	14.500
5010007	PER- CONTROLES POST-TRATAMIENTOS	2	29.000	11.600
5010008	PER- PERIODONTITIS INCIPIENTE (POR SEXTANTE)	2,5	36.250	14.500
5010009	PER- PERIODONTITIS MODERADA	3	43.500	17.400
5010010	PER- EXAMEN DE PATOLOGIA DISFUNCIONAL	2	29.000	11.600
5010011	PER- PLACA DE ALIVIO OCLUSAL	4	58.000	23.200
5010012	PER- INTERCONSULTA CON INFORME ESCRITO 1 SESION	2	29.000	11.600
5011001	PER- PRIMERA CONSULTA, EXAMEN Y DIAGNOSTICO (ESPECIALISTA)	2	29.000	11.600
5011002	PER- INTERCONSULTA CON INFORME ESCRITO, 1 SESION (ESPECIALISTA)	2	29.000	11.600
5011003	PER- TOMA DE MUESTRA PLACA BACTER. Y/O INTERPRET. EXAMEN MICROB. (ESPECIALISTA)	2	29.000	11.600
5011004	PER- ESTUDIOS PREELIMINAR: RX, EXAMENES DE LAB., MODELOS, ETC. (ESPECIALISTA)	4	58.000	23.200
5011005	PER- EXAMEN PERIODONTAL Y CONFECCION DE PERIODONTOGRAMA (ESPECIALISTA)	3,5	50.750	20.300
5011006	PER- DESGASTE SELECTIVO, POR SESION (ESPECIALISTA)	5	72.500	29.000
5011007	PER- PLANO DE ALIVIO OCLUSAL (NO INCLUYE GASTOS DE LAB.) (ESPECIALISTA)	7,5	108.750	43.500
5011008	PER- SESION DE MOTIVACION E INSTRUCCIONES EN TECN. DE HIG. ORAL POR SESION (ESPECIALISTA)	4	58.000	23.200
5011009	PER- ENSEÑANZA Y ADIESTR. EN TECNICAS DE HIGIENE ORAL, POR SESION (ESPECIALISTA)	3,5	50.750	20.300
5011010	PER- SESION DE CONTROL DE HIGIENE ORAL (RELEVADO + Y/O EVAL. DE HIG.) (ESPECIALISTA)	1	14.500	5.800
5011011	PER- DESTARTRAJE SUPRAGINGIVAL, POR SESION (ESPECIALISTA)	4	58.000	23.200
5011012	PER- LIMPIEZA CORONARIA (ELIM. DE PIGMENTOS Y MANCHAS DEL ESMALTE) ESPECIALISTA	3,5	50.750	20.300
5011013	PER- DESTARTRAJE SUBGINGIVAL, POR SESION (ESPECIALISTA)	4	58.000	23.200
5011014	PER- ELIMINACION MECANICA DE FACTORES ETIOLOGICOS SECUNDARIOS (ESPECIALISTA)	4	58.000	23.200



CODIGO	DESCRIPCION	UNIDAD	VALOR ORIGINAL	VALOR CON DEDUCCION
5011015	PER- EVALUACION POST-TERAPEUTICA (CON PERIODONTOGRAMA FINAL E INDICES) (ESPECIALISTA)	3,5	50.750	20.300
5012001	PER- TRATAMIENTO QUIMICO DEL SACO PERIODONTAL POR SEXTANTE (NO INCL. LAB.) (ESPECIALISTA)	4	58.000	23.200
5012002	PER- PULIDO RADICULAR INCIPIENTES A MODERADAS POR SESION O SEXTANTE (ESPECIALIDAD)	5	72.500	29.000
5012003	PER- PULIDO RADICULAR MODERADAS AVANZADAS POR SESION O SEXTANTE (ESPECIALISTA)	6	87.000	34.800
5012004	PER- PULIDO RADICULAR AVANZADAS Y COMPLEJAS, POR SESION O SEXTANTE (ESPECIALISTA)	7	101.500	40.600
5012005	PER- FERULIZACION POR GRUPO (ESPECIALISTA)	2	29.000	11.600
5012006	PER- TRATAMIENTO INFECCION PERIMPLANTARIA, POR SESION (ESPECIALISTA)	6,5	94.250	37.700
5013001	PER- GINGIVECTOMIA EN PACIENTE SIN COMPROMISO GENERAL POR SEXTANTE	7	101.500	40.600
5013002	PER- GINGIVECTOMIA EN PACIENTE CON ENFERMEDADES GENERALES, POR SEXTANTE	10,5	152.250	60.900
5013003	PER- CONTROL POST. QUIRURGICO O RECAMBIO DE CEMENTO QUIRURGICO	2	29.000	11.600
5013004	PER- DISECCION QUIRURGICA DEL INJERTO EN ZONA DONANTE	5	72.500	29.000
5013005	PER- INJERTO GINGIVAL LIBRE POR ZONA A INJERTAR	9	130.500	52.200
5013006	PER- COLGAJO PERIODONTAL DE ACCESO, POR SITIO QUIRURGICO	7	101.500	40.600
5013007	PER- COLGAJO REPOSICIONADO DESPLAZADO LATERAL, CORONARIO O APICAL	8	116.000	46.400
5013008	PER- COLGAJO PARA PRESERVACION DE PAPILA	8	116.000	46.400
5013009	PER- RADECTOMIA U ADONTOSECCION POR PIEZA (NO INCLUYE COLGAJO DE	4	58.000	23.200
5013010	PER- TUNELIZACION EN COMPROMISO DE BIFURCACION	6	87.000	34.800
5013011	PER- INJERTOS OSEOS, NO INCLUYE COLGAJO DE ACCESO	10	145.000	58.000
5013012	PER- INJERTOS ALOPLASTICOS, NO INCLUYE MATERIAL NI COLGAJO	5	72.500	29.000
5013013	PER- CIRUGIA PERIMPLANTARIA DE MANEJO DE TEJIDOS BLANDOS, POR SIT	9	130.500	52.200
5013014	PER- REGENERACION TISULAR GUIADA POR SITIO, NO INCLUYE VALOR MEMB	10	145.000	58.000
5013015	PER- FRENECTOMIA	5	72.500	29.000
5013016	PER- OTRAS CIRUGIAS MUCOGINGIVALES	7	101.500	40.600
5013017	PER- INJERTO DE TEJIDOS CONECTIVO, POR ZONA	8,5	123.250	49.300



CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
5013018	PER- CIRUGIA OSEA RESECTIVA, POR SEXTANTE	8	116.000	46.400
5013019	PER- CURETAJE O DEBRIDAMIENTO SUBGINGIVAL POR GRUPO	7	101.500	40.600
5013020	PER- COBERTURA ACRILICA POST-OPERATORIA	5	72.500	29.000
5013021	PER- CONTROL POST-QUIRURGICO CON O SIN RETIRO DE PUNTOS	2	29.000	11.600
5013022	PER- TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES POST-QUIRURGICAS, POR SESION	5	72.500	29.000
5014001	PER- APLICACION DE FLUOR POR SEXTANTE	2	29.000	11.600
5014002	PER- TRATAMIENTO DE HIPERSENSIBILIDAD DENTARIA POST - TERAPIA POR SESION	4	58.000	23.200
5014003	PER- REFUERZO DE TECNICAS DE HIGIENE Y MOTIVACION	3	43.500	17.400
5014004	PER- INTERCONSULTA CON INFORME ESCRITO	4	58.000	23.200
5014005	PER- TERAPIA DE MANTENCION PERIODONTAL EN ENFERMEDAD INACTIVA, PO	5	72.500	29.000
5014006	PER- TERAPIA DE MANTENCION CON PULIDO RADICULAR Y TRATAMIENTO DE INFECCION	7	101.500	40.600
5014007	PER- TERAPIA DE MANTENCION DE IMPLANTES POR SESION	5,5	79.750	31.900
5015001	ODO- CONSULTA	2	29.000	11.600
5015002	ODO- CONTROL DE NIÑO SANO	1,5	21.750	8.700
5015003	ODO- CONSULTA DE URGENCIA (SE DEBE AGREGAR EL VALOR DE ACCION ESPECIFICA)	2	29.000	11.600
5015004	ODO- EDUCACION EN SALUD ORAL	2	29.000	11.600
5015005	ODO- APLICACION FLUOR GEL NIÑO Y ADULTO	2	29.000	11.600
5015006	ODO- APLICACION FLUOR BARNIZ TOTAL SILANO	5	72.500	29.000
5015007	ODO- APLICACION DE SELLANTE EN PIEZA TEMP. O PERM.	1,5	21.750	8.700
5015008	SELLANTE Y OBTURACION PIEZA DENTARIA	3	43.500	17.400
5015009	ODO- OBTURACION CON CEMENTOS INTERMEDIOS EN PIEZAS TEMPORALES Y DEF. (AUTOCURADO)	1,5	21.750	8.700
5015010	ODO- OBTURACION DE CEMENTOS VIDRIO IONOMEROS DE FOTOCURADO EN PIEZAS TEMP. Y PERM.	2,5	36.250	14.500
5015011	OBTURACION DE RESINAS DE AUTOCURADO EN PIEZAS TEMPORALES SIMPLE	2	29.000	11.600
5015012	OBTURACION DE RESINAS DE AUTOCURADO EN PIEZAS TEMPORALES, COMPUESTO	3	43.500	17.400
5015013	ODO- OBTURACION DE RESINAS DE FOTOCURADO PIEZA TEMPORAL SIMPLE, ANT. Y POST.	2,5	36.250	14.500
5015014	ODO- OBTURACION DE RESINAS DE FOTOCURADO PIEZA TEMPORAL ANTERIOR COMPUESTO Y POST.	3	43.500	17.400



CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
5015015	ODO- OBTURACION DE AMALGAMA EN PIEZA TEMPORAL SIMPLE	2	29.000	11.600
5015016	OBTURACION DE AMALGAMA EN PIEZAS PERMANENTES, COMPUESTA	3	43.500	17.400
5015017	ODO- PULPOTOMIA EN PIEZA TEMPORAL	2	29.000	11.600
5015018	INMOVIMIENTO EN TRAUMATISMO DENTOALVEOLAR	5	72.500	29.000
5015019	ODO- EXODONCIA SIMPLE PIEZAS TEMPORALES (INCL. UN CONTROL POST-OPERATORIO)	2,5	36.250	14.500
5015020	ODO- OBTURACION DE AMALGAMA EN PIEZAS TEMPORALES, COMPUESTA	2,5	36.250	14.500
5015021	OBTURACION DE RESINAS PIEZA TEMPORAL POSTERIOR COMPUESTA	3	43.500	17.400
5016001	ODO- INTERCONSULTA ODONTOPEDIATRICA ADAPTACION DEL PACIENTE	2,5	36.250	14.500
5016002	ODO- TRATAMIENTOS DE CARIES INCIPIENTES	2	29.000	11.600
5016003	END- PULPECTOMIA EN PIEZA TEMPORAL ANTERIOR	2,5	36.250	14.500
5016004	END- TRATAMIENTO PIEZA TEMPORAL DESVITALIZADA ANTERIOR	3	43.500	17.400
5016005	END- TRATAMIENTO PIEZA TEMPORAL DESVITALIZADA POSTERIOR	4	58.000	23.200
5016006	END- PULPOTOMIA VITAL (PIEZA PERMANENTE JOVEN)	3,5	50.750	20.300
5016007	END- RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO EN PIEZA PERMANENTE JOVEN	2,5	36.250	14.500
5016008	OPE- CORONA DE RESINAS CON ANCLAJE SECTOR ANTERIOR EN P. TEMPORAL	3	43.500	17.400
5016009	OPE- CORONA METALICA PREFORMADA EN PIEZA TEMPORAL	5	72.500	29.000
5016010	OPE- PROTESIS EN NIÑOS (NO INCLUYE LABORATORIO)	7	101.500	40.600
5016011	ORT- DESGASTES INTERFERENCIAS CUSPIDES	2,5	36.250	14.500
5016012	ORT- MANTENEDOR DE ESPACIO FIJO	4	58.000	23.200
5016013	ORT- MANTENEDOR DE ESPACIO REMOVIBLE	4	58.000	23.200
5016018	ORT- TODO TTO. QUE CONSIDERE APARATO DEBE INCLUIR CONTR. X SES. MAX. 6	1,5	21.750	8.700
5016020	ODO- ADAPTACION DE PACIENTE DE DIFICIL MANEJO POR SESION	1,5	21.750	8.700
5016030	END- TRATAMIENTO EN PIEZA DENTARIAS DEFINITIVAS ANTERIORES	4,5	65.250	26.100
5016040	END- TRATAMIENTO DE HIPOPLASIAS EN PIEZAS DENTARIAS DEFINITIVAS POSTERIORES	4,5	65.250	26.100
5017001	MAF- CONSULTA DE LA ESPECIALIDAD	3	43.500	17.400



CODIGO	DESCRIPCION	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
5017002	MAF- TOMA DE BIOPSIA DE TEJIDOS BLANDOS	7,2	104.400	41.760
5017003	MAF- CITOLOGIA EXTOLITIVA	1,5	21.750	8.700
5017004	MAF- TEST DE AZUL DE TOLUIDINA	1,5	21.750	8.700
5017005	MAF- TOMA DE MUESTRA PARA EXAMENES MICROBIOLOGICOS	1,5	21.750	8.700
5018001	MAF- CONSULTA INICIAL	2,9	42.050	16.820
5018002	MAF- CONTROL C/U	1,5	21.750	8.700
5019001	EXO- CONSULTA Y EXAMEN MAXILOFACIAL	2	29.000	11.600
5019002	EXO- INTERCONSULTA E INFORME	3	43.500	17.400
5019003	EXO- CONTROLES DE LA ESPECIALIDAD (CON O SIN RETIRO DE SUTURA)	2	29.000	11.600
5019004	EXO- RECARGO POR TTO. FUERA DEL LUGAR HABITUAL	4	58.000	23.200
5019005	EXO- EXODONCIA SIMPLE	3	43.500	17.400
5019006	EXO- EXODONCIA A COLGAJO	4	58.000	23.200
5019007	EXO- EXODONCIA DE INCLUIDOS	10	145.000	58.000
5019008	EXO- TRATAMIENTO ALVEOLORRAGIA, ALVEOLITIS	3	43.500	17.400
5019009	EXO- ALVEOLOPLASTIA (NO INCLUYE EXODONCIAS)	10	145.000	58.000
5019010	APICECTOMIA (NI INCLUYE VALOR ENDODONCIA)	8	116.000	46.400
5019011	EXERESIS DE QUISTES Y/O GRANULOMAS PERIAPICALES	10	145.000	58.000
5019012	FENESTRACIONES DENTARIAS	8	116.000	46.400
5019013	EXO- TRATAMIENTO DE COMUNICACION BUCOSINUSAL INMED. A EXODONCIA	8	116.000	46.400
5019014	EXO- EXODONCIA CON ODONTOSECCION	3	43.500	17.400
5019015	VACIAMIENTO DE ABSCESO	3	43.500	17.400
5019016	EXO- EXODONCIA DE SEMI-INCLUIDA	8	116.000	46.400
5020001	TQU- BIOPSIA DE MUCOSA (NO INCL. LABORATORIO)	4	58.000	23.200
5020002	TQU- BIOPSIA DE PIEL (NO INCL. LABORATORIO)	5	72.500	29.000
5020003	TQU- BIOPSIA OSEA	8	116.000	46.400
5020004	EXERESIS GRANDES QUISTES PERIAPICALES	15	217.500	87.000
5020005	EXERESIS QUISTES - TUMORES ODONTOGENICOS U OTROS (1.5 CM.O M	20	290.000	116.000
5020006	EXERESIS QUISTES - TUMORES ODONTOGENICOS Y OTROS (MAYORES D	40	580.000	232.000
5020007	TRATAMIENTO GRANDES QUISTES O TUMORES MAXILO FACIALES CON IN	50	725.000	290.000
5020008	TQU- EXERESIS DE GLANDULA SUBLINGUAL	30	435.000	174.000
5020009	TQU- EXERESIS DE MUCOCELE	10	145.000	58.000
5020010	TQU- EXERESIS DE CALCULOS SALIVALES (INTRAORAL)	18	261.000	104.400
5020011	TQU- EXERESIS DE GLANDULA SUBMANDIBULAR	60	870.000	348.000



CODIGO	DESCRIPCION			
5021001	ABSCESOS MUCOSOS - DENTO ALVEOLARES Y OTROS INTRABUCALES	5	72.500	29.000
5021002	TQU- TRATAMIENTO DE ABSCESOS CUTANEOS	6	87.000	34.800
5021003	FLEGMONES O ADENOFLEGMONES	11	159.500	63.800
5021004	TQU- TRAT. QUIRURGICO DE PANFLEGMONES	50	725.000	290.000
5022001	TQU- TRAT. DE HERIDAS FACIALES SIMPLES (HASTA 5 CM. O QUE SOLO COMP. PIEL)	6	87.000	34.800
5022002	TQU- TRAT. DE HERIDAS FACIALES COMPL. (+ DE 5 CM. O QUE COMP. MUSC., NERV. O COND.) + DE 2.5 % ADIC.	16	232.000	92.800
5022003	TQU- TRAT. DE HERIDAS DE LA MUCOSA BUCAL (SIMPLE)	4	58.000	23.200
5022004	TQU- TRAT. DE HERIDAS DE LA MUCOSA BUCAL COMPLEJAS O BAJO ANESTESIA GENERAL	8	116.000	46.400
5022005	TQU- REDUCCION E INMOV. DE LUXACION DENTARIA SIMPLE (HASTA 2 PIEZAS)	5	72.500	29.000
5022007	TRATAMIENTO ORTOPEDICO FRACTURA MAXILA O MANDIBULA SIMPLE	10	145.000	58.000
5022008	TRATAMIENTO ORTOPEDICO FRACTURA MAXILA O MANDIBULA COMPLICADA	25	362.500	145.000
5022009	TRATAMIENTO QUIRURGICO FRACTURA MAXILA O MANDIBULA SIMPLE	20	290.000	116.000
5022010	TRATAMIENTO QUIRURGICO FRACTURA MAXILA O MANDIBULA COMPLICADA	30	435.000	174.000
5022011	TRATAMIENTO QUIRURGICO FRACTURA CIGOMATO MAXILO MALAR SIMPLE	15	217.500	87.000
5022012	TRATAMIENTO QUIRURGICO FRACTURA CIGOMATO MAXILO MALAR C/OSTE	25	362.500	145.000
5022013	TRATAMIENTO QUIRURGICO FRACTURAS FACIALES COMPLEJAS TIPO LE	30	435.000	174.000
5022014	TRATAMIENTO QUIRURGICO FRACTURA MACIZO FACIAL, ABORDAJES MUL	35	507.500	203.000
5023001	COE- RESECCION O PLASTIA FRENILLOS, BRIDAS O SINEQUIAS	5	72.500	29.000
5023002	COE- VESTIBULOPLASTIA SIMPLE	10	145.000	58.000
5023003	COE- VESTIBULOPLASTIA COMPLEJA (CON INJERTOS U OTROS SISTEMA DE CONT.)	26	377.000	150.800
5023004	COE- RECONSTRUCCION DE REBORDES CON AUTO INJERTOS (MENTON,CALOTA,CRESTA ILIACA,ETC.)	20	290.000	116.000
5023005	COE- RECONSTRUCCION DE REBORDES CON HOMO O HETEROINJERTOS	20	290.000	116.000



**CONVENIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
SERVICIO DE BIENESTAR DE LA MUNICIPALIDAD DE PUENTE ALTO
Y MEDICAL POLICENTER SERVICIOS DENTALES S.A**

ANEXO N° 3

Se estipulan los valores de los tratamientos de Implantología y Ortodoncia, las cuales forman parte integral de este instrumento, para todos los efectos legales.

LISTA DE VALORES VIGENTES

ARANCEL IMPLANTOLOGIA

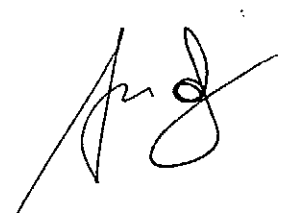
CC	DESCRIPCION	CANTIDAD	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
5024001	IMP- IMPLANTE ENDODONTICO (NO INCLUYE VALOR IMPLANTE)	10	145.000	58.000
5024002	IMP- IMPLANTE SUBPERIOSTICO (NO INCLUYE VALOR IMPLANTE)	30	435.000	174.000
5024003	IMP- TRATAMIENTO DE URGENCIA (NO INCLUYE INSUMOS)	5	72.500	29.000
5024004	IMP- RECONSTRUCCION DE REBORDES CON INJERTOS (NO INCLUYE INSUMOS)	20	290.000	116.000
5024005	IMP- ANTROTOMIA PARA AUMENTO DEL REBORDE ALVEOLAR (CADA LADO, EN	20	290.000	116.000
5024006	IMP- TRATAMIENTO DE LA INFECCION PERIIMPLANTARIA	2,5	36.250	14.500
5024007	IMP- EXTRACCIONES SIMPLES PARA IMPLANTES (ESPECIALISTA)	3	43.500	17.400
5024008	IMP- EXTRACCIONES COMPLEJAS PARA IMPLANTES (ESPECIALISTA)	4	58.000	23.200
5024009	IMP- INSTALACION QUIRURGICA DE IMPLANTES OSEOINTEGRABLES, VALOR UNIT. (VALOR NO INC. VALOR IMPLANTE)	28	406.000	162.400
5024010	IMP- INSTALACION DE IMPLANTES PROVISORIOS, VALOR UNIT. (VALOR NO INC. VALOR DE IMPLANTE)	8	116.000	46.400
5024011	IMP- CONEXION DE IMPLANTE (NO INCLUYE VALOR DE ADITAMIENTOS)	3	43.500	17.400
5024012	IMP- CIRUGIA PREIMPLANTARIA DE TEJIDOS BLANCOS (NO INCLUYE INSUMOS)	9	130.500	52.200
5024013	IMP- TOMA DE INJERTOS INTRAORAL (MENTON, RAMA, TUBEROSIDAD)	20	290.000	116.000
5024014	IMP- MANEJO DE INJERTO EXTRAORAL (CRESTA ILIACA, CALOTA, TIBIA) NO INC. INSUMOS	20	290.000	116.000
5024015	IMP- ELEVACION DE PISO DE SENO MAXILAR (PARA INSTALACION DE IMPLANTES), NO INCLUTE INSUMOS	30	435.000	174.000



CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
5024016	IMP- REGENERACION TISULAR GUIADA POR SEXTANTE (NO INCLUYE INSUMOS)	10	145.000	58.000
5024017	IMP- INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO (POR ZONA)	8,5	123.250	49.300
5024030	IMP- PILAR MUÑON SOBRE IMPLANTES	6	87.000	34.800
5024031	IMP- CORONA TEMPORAL SOBRE IMPLANTES	5	72.500	29.000
5024032	IMP- PROTESIS FIJA IMPLANTE SOPORTA ATORNILLADA O CEMENTADA X IMPLANTE	24	348.000	139.200
5024033	IMP- INTERMEDIARIO	10	145.000	58.000
5024034	IMP- PROTESIS TOTAL O PARCIAL IMPLANTOSOPORTADA POR MAXILAR	35	507.500	203.000
5024035	IMP- BARRA PARA PROTESIS SOBRE IMPLANTE	25	362.500	145.000
5024036	IMP- DESMONTAJE DE PROTESIS Y PROFILAXIS	8	116.000	46.400
5024037	IMP- RECAMBIO DE O RING O CLIP BARRA	6	87.000	34.800
5024038	IMP- CAMBIO DE TORNILLOS PROTESICOS C/U	2,5	36.250	14.500
5024039	IMP- CAMBIO DE ACONDICIONADOR DE TEJIDOS	2	29.000	11.600
5024040	IMP- ANCLAJE DE PRECISION SOBRE IMPLANTE	16	232.000	92.800
5024050	IMP- PRIMERA CONSULTA, EXAMEN Y DIAG. PRELIMINAR	2	29.000	11.600
5024051	IMP- DIAGNOSTICO. ESTUDIO INICIAL SOBRE MODELOS Y PLAN DE tRAT.	5	72.500	29.000
5024052	IMP- INTERCONSULTA PREQUIRURGICA PARA IMPLANTES	3	43.500	17.400
5024053	IMP- MONTAJE EN ARTICULADOR Y CONFECCION DE ENGERADO DIAG. (NO INL. LAB.)	5	72.500	29.000
5024054	IMP- CONFECCION DE GUIAS RADIOGRAFICO QUIR. POR MAXILAR (NO INCLUYE LAB.)	5	72.500	29.000
5024055	IMP- ANALISIS DE ESTUDIO TOMOGRAFICO (RX) Y REGISTRO FOTOGRAFICO	2	29.000	11.600
5024056	IMP- CONTROLES DE ESPECIALIDAD IMPLANTOLOGIA	2	29.000	11.600
5024057	IMP- ESTABILIZACION MANDIBULAR MEDIANTE PLANO DELOGRAMADOR (MIN. 3 MESES)	3	43.500	17.400
5024058	IMP- TOMA DE MUESTRA, EXAMEN MICROBIOLOGICO (MAS VALOR DEL EXAMEN)	1	14.500	5.800



CÓDIGO	DESCRIPCIÓN		VALOR ORIGINAL	VALOR ACTUAL
5024060	IMP- INSTALACION MINI-IMPLANTE INCLUYE ADAP. Y REBASADO PROTESICO	20	290.000	116.000
5025002	MENTOPLASTIA	30	435.000	174.000
5025003	COR- OSTEOTOMIA SEGMENTARIA DE MANDIBULA	30	435.000	174.000
5025004	COR- OSTEOTOMIA MANDIBULAR DEL CUERPO	50	725.000	290.000
5025005	COR- OSTEOTOMIA DE RAMA. ABORDAJE CUTANEO	80	1.160.000	464.000
5025006	COR- OSTEOTOMIA LE FORT I	85	1.232.500	493.000
5025007	COR- CIRUGIA ORTOGNATICA COMBINADA (DOBLE)	120	1.740.000	696.000
5026001	TQU- TRATAMIENTO QUIRURGICO DE FISTULA SALIVAL	18	261.000	104.400
5026002	TRATAMIENTO DE FISTULA BUCO SINUSAL O BUCONASAL (ANTIGUAS)	20	290.000	116.000
5026003	TRATAMIENTO QUIRURGICO DE FISURA VELOPALATINA	30	435.000	174.000
5026004	SECUESTRECTOMIA O ASEO QUIR. DE OSTEOMIELITIS U OSTEORADIONECROSIS	12	174.000	69.600
5026005	ARTROTOMIA EXPLORATORIA	10	145.000	58.000
5026006	ARTROSCOPIA	20	290.000	116.000
5026007	CIRUGIA A.T.M.	50	725.000	290.000
5026008	TRATAMIENTO QUIRURGICO FISURA VELOPALATINA	30	435.000	174.000
5026009	TRATAMIENTO NEURALGIAS-NEUROTOMIA	10	145.000	58.000



ARANCEL ORTODONCIA

CODIGO	DESCRIPCION	UNIDAD	ORIGINAL	RECIBO
7000200	ORT- PRIMERA CONSULTA, EXAMEN Y DIAG. PRELIMINAR	2,4	34.800	13.920
7000210	ORT- EXAMEN CLINICO, ESTUDIO DE MODELOS Y RADIOGRAFICO, PLAN DE TTO., PPTO. Y ESTIMACION DE TIEMPO	6	87.000	34.800
7000220	ORT- MONTAJE EN ARTICULADOR	6	87.000	34.800
7000230	ORT- CONTROL DE EVOLUCION	2,4	34.800	13.920
7000240	ORT- TRATAMIENTO CON APARATOS FIJOS, PPTO. ANUAL	60	870.000	348.000
7000242	ORT- TRATAMIENTO CON APARATOS REMOVIBLES, PPTO. ANUAL	49,5	717.750	287.100
7000245	ORT- TRATAMIENTO ADULTO, PRESUPUESTO ANUAL	77	1.116.500	446.600
7000250	ORT- TRATAMIENTO DE CONTENCIÓN, PRESUPUESTO ANUAL	31	449.500	179.800
7000260	ORT- DESPROGRAMACION MEDIANTE JIG	13,2	191.400	76.560
7000270	ORT- ESTABILIZACION MANDIBULAR MEDIANTE PLANO DEPROG. (MIN. 3 MESES)	36,3	526.350	210.540
7000272	ORT- REESTUDIO CON MODELOS	6	87.000	34.800
7000274	ORT- ESTUDIO CEFALOMETRICO	2,4	34.800	13.920
7000276	ORT- SET-UP	7	101.500	40.600
7000278	ORT- AXIOGRAFIA	3,1	44.950	17.980
7000280	ORT- PREDICCIÓN QUIRURGICA ORTOGNATICA	12,1	175.450	70.180
7000290	ORT- ORTODONCICO QUIRURGICO	77	1.116.500	446.600
7000295	ORT- TRATAMIENTO CON APARATOS FIJOS TECNICA LINGUAL, PPTO, ANUAL	99	1.435.500	574.200
7000500	ORT- TRATAMIENTO CON APARATOS FIJOS, PPTO. SEMESTRAL	30,2	437.900	175.160
7000505	ORT- TRATAMIENTO CON APARATOS REMOVIBLES, PPTO. SEMESTRAL	24,7	358.150	143.260
7000510	ORT- TRATAMIENTO ADULTO, PPTO. SEMESTRAL	38,5	558.250	223.300
7000515	ORT- TRATAMIENTO ORTODONTICO QUIRURGICO SEMESTRAL	38,5	558.250	223.300



CODIGO	DESCRIPCION	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
7000520	ORT- TRATAMIENTO CON APARATOS FIJOS TECNICA LINGUAL, PPTO. SEMESTRAL	49,5	717.750	287.100
7000525	ORT- TRATAMIENTO DE CONTENCIÓN PPTO. SEMESTRAL	15,4	223.300	89.320
7001000	ORT- APARATOS FIJOS TECNICA ESTANDARD	18,1	262.450	104.980
7001005	ORT- APARATOS FIJOS TECNICA ARCO RECTO (PROGRAMADA)	24	348.000	139.200
7001010	ORT- APARATOS FIJOS TECNICA ARCO RECTO (PROGRAMADA) AUTOLIGANTE	27,5	398.750	159.500
7001015	ORT- TECNICA ARCO RECTO CON SLOT VERTICAL (TIP EDGE)	27,5	398.750	159.500
7001020	ORT- APARATOS FIJOS TRATAMIENTO PARCIAL FIJO C/APARATO CERAMICO	36,5	529.250	211.700
7001025	ORT- APARATOS FIJOS TECNICA LINGUAL, SIN COSTO LAB.	49,5	717.750	287.100
7001030	ORT- APARATOS REMOVIBLES COSTO POR C/ARCO, INST. SIN COSTO DE LAB.	6	87.000	34.800
7001035	ORT- DISYUNTOR CEMENTADO Y ESQUELETICO HYRAX INST. SIN COSTO DE LAB.	6	87.000	34.800
7001040	ORT- ARCO TRANSPALATINO O LINGUAL INSTAL. SIN COSTO DE LAB.	3,8	55.100	22.040
7001045	ORT- MENTONERA	3,8	55.100	22.040
7001050	ORT- FUERZA EXTRAORAL	3,8	55.100	22.040
7001055	ORT- QUAD-HELIX INSTAL. , SIN COSTO DE LAB.	6,6	95.700	38.280
7001060	ORT- INSTAL. PROPULSOR MANDIBULAR TIPO HERBST	12,1	175.450	70.180
7001065	ORT- CONTENCIÓN ESTAMPADA	3,85	55.825	22.330
7001070	ORT- CONTENCIÓN RIGIDA LINGUAL O PALATINA	3,85	55.825	22.330
7001075	ORT- ARCO FACIAL	3,85	55.825	22.330
7001080	ORT- MASCARA DE DELAIRE	24	348.000	139.200
7001085	ORT- REPOSICION DE BRACKETS METALICOS	1,65	23.925	9.570
7001090	ORT- REPOSICION BRACKETS CERAMICOS	2	29.000	11.600
7001095	ORT- REPOSICION BRACKETS LINGUAL	2,5	36.250	14.500



CODIGO	DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
7001100	ORT- REPOSICION DE BANDAS CON TUBO DE ARCO RECTO	3,3	47.850	19.140
7001105	ORT- HIGIENIZACION Y/O RETIRO APARATOS FIJOS POR ARCADA	3,85	55.825	22.330
5016014	ORT- TRATAMIENTO DE MORDIDA INVERTIDA SIMPLE (SIN APARATO)	3	43.500	17.400
5016015	ORT- TRATAMIENTO DE MORDIDA INVERTIDA SIMPLE (CON APARATOS)	7	101.500	40.600
5016016	ORT- TRATAMIENTO DE MORDIDA ABIERTA POR MAL HABITO	7	101.500	40.600
5016017	ORT- TRATAMIENTO DE MORDIDA CRUZADA LATERAL DENTITION TEMPORAL	7	101.500	40.600

