

Buenos Aires, 8 de julio de 2022

CIRCULAR INFORMATIVA N° 56

Sr./a Presidente
de Entidad Primaria
S./D.


Ref.: LUIS PASTEUR
Aumento de Aranceles

De nuestra mayor consideración:

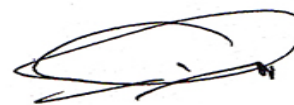
Tenemos el agrado de dirigirnos a Usted, con el objeto de informarle que, en virtud a las gestiones llevadas adelante por esta Federación se acordó con la **Obra Social Luis Pasteur** aplicar un nuevo incremento arancelario, el que rige a partir del **1° de Julio** del corriente año.

Se adjuntan a la presente las hojas de la Cartilla Instructiva con los nuevos valores reconocidos por cada mes para su correspondiente actualización.

Sin otro particular y agradeciendo su pronto traslado a los prestadores del sistema, aprovechamos la oportunidad para saludarle con nuestra más distinguida consideración y estima.



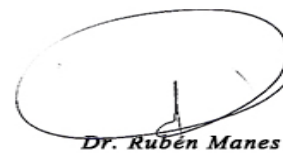
Dr. Hugo Zamora
Vice Presidente



Dr. Fabián Pintar
Presidente




Dra. Griselda Tejo
Secretaría




Dr. Rubén Manes
Tesorero

Modelo de Carnet

 LUIS PASTEUR <small>CUIT 30-5883255-7</small>		Urgencias 4788-2800 <small>Resp. Inscripto</small>	
Número de de afiliado	000000.00 00 0		
Código de identificación	Apellido y Nombre	Documento de Identidad	Vencimiento
	Plan V, S, P, N, L, J		(de cada integrante del grupo familiar)
Condición Frente al IVA			

Modelo de ficha dental Frente

 REGISTRO DE PRESTACIONES <small>LUIS PASTEUR</small>		ENTIDAD PRIMARIA LUIS PASTEUR <small>Obra Social del Personal de Dirección de Sanidad INCS Reg. N° 4-2000 Res. Def. N° 19676 P.J. Res. N° 218876</small>				
AFIADO Nº _____ PLAN _____ FECHA DE NACIM _____ NOMBRE Y APELLIDO _____ MES _____ AÑO _____ DOMICILIO _____ LOC. _____ TEL. _____ ODONTÓLOGO _____ MATRICULA _____ COD. L. P. _____		CODIGO _____ COD. Nº [4 - 0 2 0 0]				
FECHA	DTE. Nº	CODIGO	DESCRIPCION	A CARGO O.S.L.P.	A CARGO AFILIADO	CONFORME AFILIADO
TOTAL						
Sello y Firma del Profesional						

Dorso

ODONTOGRAMA															
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
OBSERVACIONES: _____ _____ _____															
Referencias: Color Rojo: Prestac. Existentes Color Azul: Prestac. Requeridas X: Diente ausente o a extraer <input type="checkbox"/> Prótesis Fija <input type="checkbox"/> Prótesis removibles <input type="checkbox"/> Coronas Cantidad de dientes existentes															

**Nomenclador y Arancel Odontología General - Planes “V” -“S-SI”, “P-PS”
 -NS – “N-NC-NOVO”, “J “– “M “– “L “ y “E”.**

A CARGO DE LA OBRA SOCIAL: Valor 100% menos co-pago

Código	Valor 100%	CO-PAGOS A CARGO DEL AFILIADO						
		P L A N E S						
		V	S-SI	P-PS	N-NS NC NOVO	J	M	L y E
Capítulo I: Consultas								
01.01	944.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
01.04	1.133.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
01.50	756.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
01.61	944.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
01.19 KIT EPP	1.322.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Capítulo II: Operatoria Dental								
02.50	2.833.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
02.61	2.833.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Capítulo III: Endodoncia (Incluye valor Rxs)								
03.01	6.350.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
03.02	8.466.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
03.05	1.563.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Capítulo V: Od. Preventiva								
05.01	1.008.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
05.02	1.008.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
05.05	1.302.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Capítulo VII: Odontopediatría								
07.01	1.259.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
07.04 incl.Rxs.	1.800.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
07.06 .01	708.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
07.06.02	3.073.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
07.06.04	2.873.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Nomenclador y Arancel Odontología General - Planes "V" -"S-SI", "P-PS" "NS" - "N-NC-NOVO", "J" - "M" - "L" y "E".

A CARGO DE LA OBRA SOCIAL: Valor 100% menos co-pago

Código	Valor 100%	CO-PAGOS A CARGO DEL AFILIADO						
		P L A N E S						
		V	S	P	N-NS- NC NOVO	J	M	L y E
Capítulo VIII: Periodoncia								
08.01	1.008.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
08.02	1.411.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
08.03 ***	1.439.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
08.04 ***	1.619.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
08.05 ***	900.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
08.06	6.512.00	0.00	0,00	1.954.00	3.256.00	6.512.00	6.512.00	6.512.00
08.51 ***	900.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Capítulo IX: Radiología								
Intraorales								
09.01.01	445.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
09.01.02	445.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
09.01.03	610.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
09.01.04	1.642.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
09.01.05	3.128.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Extraorales								
09.02.01	1.520.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
09.02.02	1.276.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
09.02.03	1.642.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
09.02.04	1.443.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
09.02.05	1.443.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
09.02.06	2.463.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
09.50 Est. Cefalof	1.254.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Capítulo X – Cirugía								
10.01	2.419.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10.02 incl. Rxs.	3.682.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10.05	3.073.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10.06	974.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

**Nomenclador y Arancel Odontología General - Planes “V” -“S-SI”, “P-PS”
 – NS – “N-NC-NOVO”, “J” – “M” – “L” y “E”.**

A CARGO DE LA OBRA SOCIAL: Valor 100% menos co-pago

Código	Valor 100%	CO-PAGOS A CARGO DEL AFILIADO						
		P L A N E S						
		V	S	P	N –NS – NC NOVO	J	M	L y E
10.07	2.396.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10.08	974.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10.10 incl. Rxs.	6.887.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10.11	1.642.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10.12 incl. Rxs	4.877.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10.13	3.372.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10.14 incl. Rxs.	3.272.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10.50	2.396.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10.51 incl Rxs.	4.233.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10.52 incl Rxs.	9.071.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10.53 incl Rxs.	2.463.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10.54 incl. Rxs.	8.231.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10.55	2.559.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10.56 incl. Rxs.	6.357.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10.57	1.254.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
10.59	9.831.00	0.00	0.00	0.00	9.831.00	9.831.00	9.831.00	9.831.00
10.60	9.831.00	0.00	0.00	0.00	9.831.00	9.831.00	9.831.00	9.831.00
Estomatología								
10.30	1.302.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00