



SINDICATO DE LUZ Y FUERZA DE MERCEDES BUENOS AIRES - SECCIONAL LA PLATA

"Uno para todos y todos para uno"

NUEVA COBERTURA EN ODONTOLOGIA A PARTIR DEL 01/04/2025

COBERTURA POR AÑO CALENDARIO

- A. DOS PERNOS Y DOS CORONAS O DOS PRÓTESIS REMOVIBLES: UNA SUPERIOR Y UNA INFERIOR O UN PERNO Y CORONA Y UNA INCRUSTACIÓN.
- B. DOS COMPOSTURAS (SUPERIOR E INFERIOR)
- C. UNA PLACA MIORRELAJANTE (DE DESCANSO)

ORTOPEDIA/ORTODONCIA

La cobertura es de un tratamiento por **afiliado**, ya sea una ortopedia o una ortodoncia, para menores de 18 años, que serán abonados en 3 cuotas.

Para su reconocimiento deberá enviarse previo al inicio del tratamiento.

La solicitud de autorización, acompañada de: diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, copia legible de RX panorámica, estudio cefalométrico.

No se autorizará tratamientos de ortodoncia (aparatología fija) en los paciente con dentición mixta, en esos casos sólo se autorizará tratamientos de ortopedia (removibles). El plazo de presentación de la documentación para la cobertura no deberá superar los 60 días. No se aceptarán tratamientos iniciados con anterioridad a este plazo y que no fueran presentados a termino.



SINDICATO DE LUZ Y FUERZA DE MERCEDES BUENOS AIRES - SECCIONAL LA PLATA

"Uno para todos y todos para uno"

FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA
TRATAMIENTO DE ORTOPEDIA (06.02) U
ORTODONCIA (06.03) A COMPLETAR POR EL
PROFESIONAL TRATANTE

Para afiliados menores de 18 años

Nombre y Apellido del beneficiario:		Fecha:	OSFATLYF
Nº de Afiliado:		Fecha de Nacimiento:	
Dirección:		Teléfono:	
Profesional tratante:			
Diagnóstico Presuntivo:			
Plan de Tratamiento:			
Fecha de inicio de tratamiento:		Plazo estimado del tratamiento:	
Aparatología a instalar:			
Código de prestación:		Presupuesto del tratamiento:	
Firma del PADRE, MADRE O TUTOR		Firma del PROFESIONAL TRATANTE	
...../...../.....		/...../.....	



REINTEGRO ODONTOLOGIA GENERAL

Para su solicitud deberán presentar el formulario de solicitud de reintegro. la factura correspondiente a la práctica, datos de la cuenta bancaria del afiliado y la ficha odontológica con todos los campos completos a saber: datos filiatorios, práctica realizada con código y descripción, firma y sello del profesional y firma del afiliado o tutor en todos los campos requeridos. No se aceptarán ni recibirán fichas incompletas, por lo que se les solicitará a las delegaciones revisar la documentación antes de recibirla y enviarla para su procesamiento.

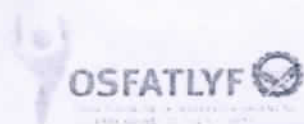
Los cosegueros de las Prácticas no tienen reintegro,

El pazo de recepción de documentación es de 60 días, a partir de la fecha de la factura. No se aceptará documentación que no cumpla con los plazos establecidos



SINDICATO DE LUZ Y FUERZA DE MERCEDES BUENOS AIRES - SECCIONAL LA PLATA

"Uno para todos y todos para uno"



F. REI v. 202407

SOLICITUD DE REINTEGRO

El presente formulario deberá presentarse debidamente cumplimentado y con toda la documentación respaldatoria. Por favor, completar con tinta negra en letra imprenta, mayúscula legible.

DATOS IDENTIFICATORIOS

Nombre y Apellido del Beneficiario		Número de Afiliado	
Número de DNI / DU	Delegación de Referencia	Filial	
Dirección de correo electrónico (email) ^(*)		Teléfono (con código de área)	

Esta sección deberá completarse con los **datos del Beneficiario que recibió la prestación**. No obstante, todos los reintegros presentados por cualquier integrante del grupo familiar, serán acreditados -de corresponder- en la cuenta bancaria registrada del Beneficiario Titular.

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Práctica
Observaciones

DATOS DE LA FACTURACIÓN

CUIT	Profesional (Razón Social ó Apellido y Nombre)			
Tipo Comprobante	Punto Venta	Número Comprobante	Fecha Emisión	\$ Importe Total Comprobante
Código de autorización (CAE)				Fecha Vencimiento CAE

Toda facturación que se presente para reintegro, deberá estar a nombre del Beneficiario que recibió la prestación ó, del Padre, Madre ó Tutor Responsable.

En todos los casos se deberá adjuntar el comprobante correspondiente al reintegro solicitado.

DATOS DEL SOLICITANTE

☐ Afiliado	☐ Representante / Apoderado		
Apellido y Nombre del Solicitante	Número de Afiliado	Tipo y Número de Documento	
Domicilio Calle (real)	Número	Piso	Dpto.
Localidad	Código Postal	Provincia	
Dirección de correo electrónico	Teléfono (con código de área)		

En caso de que la presente solicitud sea promovida por Representante o Apoderado, deberá acreditar su personería con el instrumento público correspondiente o carta poder con firma certificada.

Los datos consignados en el presente formulario son correctos y completos y se ha confeccionado sin omitir ni falsear dato alguno, siendo fiel expresión de la verdad.

^(*) Acepto recibir en la dirección de correo electrónico informada comunicaciones administrativas emitidas por la Obra Social.

Firma y Aclaración	Tipo y Número de Documento
	Lugar y Fecha



NORMATIVA DE LA COBERTURA DE PROTESIS

Documentación a presentar por el afiliado en la Delegación:

1 Planilla de Solicitud de autorización.

2 Luego de autorizado el tratamiento: Copia de ficha odontológica con fecha de instalación de la aparatología y firma de conformidad del paciente RX pre y post-operatoria, en el caso de solicitar reintegro de pernos y coronas (Factura con descripción de práctica realizada).

Una vez recepcionada y auditada la solicitud, se realizará el reintegro a través del Sindicato con cheque o transferencia bancaria.



SINDICATO DE LUZ Y FUERZA DE MERCEDES BUENOS AIRES - SECCIONAL LA PLATA

"Uno para todos y todos para uno"



OSFATLYF

DEPARTAMENTO DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA
DE TRABAJADORES DE LUZ Y FUERZA

OSFATLYF – FORMULARIO AUTORIZACION DE PROTESIS

Fecha

Datos del Paciente

Apellido y Nombre	Nº Beneficiario	Nº Documento

Domicilio	Localidad	Provincia	Teléfono

Datos del Profesional

Apellido y Nombre	Nº Matrícula	Nº Documento	Teléfono

Datos del Tratamiento a autorizar (040108/ 040109/ 040125/040105/ 040113/ 040115/040122/040201/
040202/ 040301/ 040302/ 040203/ 040204/ 040205/ 040401/ 040402/ 040410/ 040412

Código	Sector	Observaciones

Firma y Sello Profesional Tratante	Firma del Paciente

Autorización
OSFATLYF



SINDICATO DE LUZ Y FUERZA DE MERCEDES BUENOS AIRES - SECCIONAL LA PLATA

"Uno para todos y todos para uno"

OSFATLYF

OSFATLYF – FORMULARIO AUTORIZACION DE PROTESIS

Fecha

Datos del Paciente

Apellido y Nombre	Nº Beneficiario	Nº Documento

Domicilio	Localidad	Provincia	Teléfono

Datos del Profesional

Apellido y Nombre	Nº Matricula	Nº Documento	Teléfono

Datos del Tratamiento a autorizar (040201 / 040301 / 040302 / 040401 / 040410)

Código	Sector	Observaciones

Firma y Sello Profesional Tratante	Firma del Paciente

Autorización
OSFATLYF



"Uno para todos y todos para uno"



ORDEN SOCIAL DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA
DE TRABAJADORES DE LUZ Y FUERZA

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Apellido y Nombre		Obra Social	N° de Beneficiario	Plan
Domicilio		Localidad	Provincia	Cod. Post.
Teléfonos		Fecha de Nacimiento	DNI / LE / LC / CI	Sexo
Observaciones				

Diagrama de la dentadura humana superior (maxilar) con numeración de piezas dentales y símbolos para tratamientos.

REFERENCIAS

- Rojo: Tratamientos anteriores
- Azul: Tratamientos requeridos
- X: Extracción
- =: Diente Ausente
- : Caries
- \: Obturación
- TC: Tratam. de conducto
- Pd: Enf. periodontal
- O: Corona
- PM: Perno Muñón
- [Cuadro]: Prótesis Fija
- [Rectángulo]: Prótesis Removible

Piezas Existentes

Anamnesis						Datos del Profesional - Prestador N°	
Diabetes ☐	Alergias ☐	Cardíaco ☐	Adicciones ☐	Hipertensión ☐	Epilepsia ☐	Apellido y Nombre	
Hepatitis ☐	Hemofilia ☐	Venéreas ☐	Asma ☐	P.A.R. ☐	Embarazo ☐	Domicilio	
Medicación						Localidad	
Firma del Paciente						Firma y sello Profesional	

[illegible]

Consentimiento Informado:

1. Por la presente autorizo al Dr./a _____ y/o asociados o ayudantes a realizar el tratamiento informado en la presente historia clínica.
2. He conversado con el profesional sobre la naturaleza y propósitos del tratamiento, sobre la posibilidad de complicaciones, los riesgos y posibles métodos alternativos.
3. Autorizo a proveer los servicios o tratamientos adicionales que considere razonables, incluyendo la administración de anestesia local, prácticas de Rx, y otros métodos de diagnóstico.
4. Si el paciente es menor de edad, o incapaz, una persona mayor debe firmar por él.

Actantición:

Firma Paciente:

Firma y sello Auditoría	Observaciones