

Buenos Aires, 29 de octubre de 2021

CIRCULAR INFORMATIVA N° 81

Sr./a. Presidente
de Entidad Primaria
Su despacho

Ref.: **A.M.E.B.P.B.A.**
Aumento de Aranceles

De nuestra mayor consideración:


Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud., con el objeto de informarle que la **A.M.E.B.P.B.A.**, a los efectos de no dilatar más el aumento de aranceles, nos ofreció trasladar un 15% -en carácter de adelanto- en forma retroactiva al **1° de Octubre** del corriente año y cerrar el porcentaje anual una vez que lleven adelante la Asamblea General Ordinaria a desarrollarse en el próximo mes.

Se adjunta a la presente, las hojas de la Cartilla Instructiva con los nuevos valores reconocidos para su correspondiente actualización.

Sin otro particular y a la espera de una pronta difusión entre los prestadores del sistema, aprovechamos la oportunidad para saludarle con nuestra más distinguida consideración y estima.



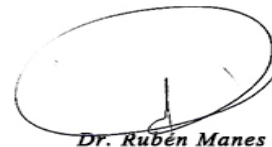
Dr. Hugo Zamora
Vice Presidente



Dr. Fabián Pintar
Presidente



Dra. Griselda Tejo
Secretaría



Dr. Rubén Manes
Tesorero

NOMENCLADOR Y ARANCEL

En esta etapa solo tendrán cobertura por el sistema las prácticas detalladas a continuación:

CODIGO	PROTESIS FIJA	Valor 100%
04.01.08	Perno muñón simple	5.635,00
04.01.09	Perno muñón seccionado	6.440,00
04.01.13	Corona de Porcelana sobre metal	18.400,00
PROTESIS REMOVIBLES		
04.02.01	Prótesis Parcial de Acrílico hasta 4 dientes	12.650,00
04.02.02	Prótesis Parcial de Acrílico de 5 o más dientes	14.950,00
04.02.03	Prótesis de Cromo cobalto (hasta 4 piezas)	20.700,00
04.02.04	Prótesis de Cromo cobalto (de 5 o más dientes)	23.000,00
04.03.01	Prótesis Completa Superior	20.700,00
04.03.02	Prótesis Completa Inferior	20.700,00
04.03.03	Prótesis Inmediata	12.650,00
04.04.12	Placa Miorrelajante	6.670,00

Capítulo IV: Prótesis

La Mutual reconocerá el 100% del tratamiento ante el profesional actuante, y financiará al asociado el porcentaje a su cargo (ver solicitud de autorización de prótesis). Se recomienda informar esto al paciente antes de solicitar autorización, dado que una vez aprobado el tratamiento, se comienza a descontar de los haberes del titular la suma a su cargo (monto estipulado por la Mutual).

Para la realización de tratamientos protésicos, el paciente no debe poseer focos infecciosos, ni caries, ni enfermedad periodontal.

CIRCUITO DE AUTORIZACIÓN:

Todas las prestaciones habilitadas requieren **AUTORIZACION PREVIA** para la cual el Profesional, deberá remitir por correo electrónico a la casilla “ amebpba@fopba.org.ar ” o al email del Círculo correspondiente, la Planilla de **Solicitud de Autorización de Prótesis** debidamente cumplimentada con los códigos que se solicitan, la cual se remitirá a AMEBPBA por la misma vía.

En el caso de las prótesis parciales se debe indicar las piezas a reponer.

En un plazo no mayor a 30 días la mutual enviará la respuesta detallando las prestaciones autorizadas y/o rechazadas según corresponda mediante el formulario **Autorización de tratamiento de prótesis**.

Código: 22
Obra Social: A.M.E.B.P.B.A



Una vez autorizado el tratamiento por parte de AMEBPBA, FOPBA remitirá la autorización pertinente al Circulo (bajo el mismo método (por e-mail) y procederá a abonar, en la próxima liquidación, el **40% INICIAL** del tratamiento.

Para facturar el **60% RESTANTE**, el profesional elevará la ficha odontológica Provista por F.O.P.B.A con las prestaciones realizadas y la conformidad del paciente, acompañada de la planilla de solicitud de Autorización y la Resolución de tratamiento de Prótesis de la Mutual y la documentación respaldatoria (Rxs Pre y Post-operatoria) en caso de corresponder.

(en caso de abandono de tto. Informar por escrito y/o email (sistemas@fopba.org.ar) a FOPBA a la brevedad)

KIT de EPP (Código 01.04.10) se reconocerán hasta **cuatro (4)** Kits por cada práctica protésica, en caso de ser necesarias más sesiones, se solicita aclarar el motivo al momento de facturar el tratamiento.

Nomenclador y Arancel

CODIGOS	DETALLE	Valor 100%	A cargo del beneficiario	A Cargo AMEBPBA
01.01	Consulta. Diagnostico. Fichado y plan de Tratamiento.	690,00		690,00
01.04	Consulta de Urgencia	690.00		690,00
01.04.10	KIT de Protección	575,00		575,00
02.00	Obturacion globalizada(con cualquier material de restauración utilizado)	1.580,00	200,00	1.380,00
03.01	Tratamientos de Conducto en Unirradiculares (Incluye Rx.)	3.190,00	200.00	2.990,00
03.02	Tratamientos de Conducto en Multirradiculares (Incluye Rx.).	4.340.00	200.00	4.140.00
03.05	Biopulpectomia Parcial.	1.189.00	200.00	989.00
03.06	Necropulpectomia Parcial o Momificación	1.189.00	200.00	989.00
05.01	Tartectomia y cepillado mecanico	660.00	200.00	460.00
05.02	Consulta preventiva. Terapias Fluoradas.	1.005.00	200.00	805.00
05.04	Consulta preventiva. Deteccion control de placa bacteriana, y enseñanza de técnicas de higiene bucal.	660.00	200.00	460.00
05.05	Selladores de surcos, fosas y fisuras	775.00	200.00	575.00
05.06	Aplicación de cariostaticos en piezas dentarias permanentes	775.00	200.00	575.00
07.01	Consulta de Motivacion	1.120.00	200.00	920.00
07.03	Reduccion de Luxacion con inmovilización	3.190.00	200.00	2.990.00
07.04	Tratamiento en dientes temporarios	1.350.00	200.00	1.150.00
07.06	Reimplante dentario e inmovilización por luxación total	3.765.00	200.00	3.565.00
07.07	Proteccion pulpar directa	545.00	200.00	345.00
08.01	Consulta de Estudio.Sondaje, fichado	1.005.00	200.00	805.00
08.02	Tratamiento de la Gingivitis	1.120.00	200,00	920.00
08.03	Tratamiento de la Enfermedad Peridontal.Por Sector 6(seis)	1.235.00	200,00	1.035.00
08.04	Desgaste selectivo o armonización oclusal	1.235.00	200,00	1.035.00

Nomenclador y Arancel

<u>CODIGOS</u>	<u>DETALLE</u>	Valor 100%	A cargo del beneficiario	A Cargo AMEBPBA
09.01	Radiografía Periapical. Técnica de cono corto o Largo.Radiografía Bite-Wing	315.00	200.00	115.00
09.02	Radiografía Oclusal	453.00	200.00	253.00
09.03	Radiografía Dentales Media Seriada: de 5 a 7 películas.	971.00	200.00	771.00
09.04	Radiografías Dentales Seriada: de 8 a 14 películas	1.442.00	200.00	1.242.00
09.05	Pantomografía o Radiografía Panorámica	1.028.00	200.00	828.00
09.06	Estudio Cefalométrico	1.028.00	200.00	828.00
09.07	Tele – Radiografía.	1.028.00	200.00	828.00
10.01	Extracción Dentaria	1.235.00	200.00	1.035.00
10.02	Plástica de Comunicación Buco – Sinusal.	1.120.00	200.00	920.00
10.03	Biopsia por Punción o Aspiración o Escisión.	1.695.00	200.00	1.495.00
10.04	Alveolectomía Estabilizadora	890.00	200.00	690.00
10.05	Reimplante Dentario Inmediato al Traumatismo con inmovilización.	1.810.00	200.00	1.610.00
10.06	Incisión y Drenaje de Abscesos	833.00	200.00	633.00
10.08	Extracción Dentaria en retención mucosa.	1.925.00	200.00	1.725.00
10.09	Extracción de Dientes con retención Osea,	4.570.00	200.00	4.370.00
10.10	Germectomía	3.535.00	200.00	3.335.00
10.11	Liberación de Dientes Retenidos	1.879.00	200.00	1.679.00
10.13	Tratamiento de la Osteomielitis	2.190.00	200,00	1.990.00
10.14	Extracción de Cuerpo Extraño	1.695.00	200.00	1.495.00
10.15	Alveolectomía Correctiva	890.00	200.00	690.00
10.16	Frenectomía	1.856.00	200.00	1.656.00
12.01	Consulta de Estomatología	1.350.00	200.00	1.150.00

