

Buenos Aires, 28 de marzo de 2022

CIRCULAR INFORMATIVA N° 12

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 atento a las gestiones llevadas adelante por esta Federación se acordó con la **A.M.E.B.P.B.A.** aplicar un ajuste arancelario en dos (2) tramos, uno retroactivo al **1° de Marzo** y el otro a partir del **1° de Mayo** del corriente año.

A tal efecto 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	7.000.00
04.01.09	Perno muñón seccionado	7.864.00
04.01.13	Corona de Porcelana sobre metal	23.040.00
PROTESIS REMOVIBLES		
04.02.01	Prótesis Parcial de Acrílico hasta 4 dientes	18.000.00
04.02.02	Prótesis Parcial de Acrílico de 5 o más dientes	20.000.00
04.02.03	Prótesis de Cromo cobalto (hasta 4 piezas)	26.420.00
04.02.04	Prótesis de Cromo cobalto (de 5 o más dientes)	30.000.00
04.03.01	Prótesis Completa Superior	26.020.00
04.03.02	Prótesis Completa Inferior	26.020.00
04.03.03	Prótesis Inmediata	15.590.00
04.04.12	Placa Miorrelajante	8.500.00

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

Solo **tendrán cobertura por el sistema** las prácticas detalladas a continuación:

CODIGO	PROTESIS FIJA	Valor 100%
04.01.08	Perno muñón simple	9.000.00
04.01.09	Perno muñón seccionado	10.000.00
04.01.13	Corona de Porcelana sobre metal	30.000.00
PROTESIS REMOVIBLES		
04.02.01	Prótesis Parcial de Acrílico hasta 4 dientes	20.000.00
04.02.02	Prótesis Parcial de Acrílico de 5 o más dientes	25.000.00
04.02.03	Prótesis de Cromo cobalto (hasta 4 piezas)	35.000.00
04.02.04	Prótesis de Cromo cobalto (de 5 o más dientes)	40.000.00
04.03.01	Prótesis Completa Superior	33.000.00
04.03.02	Prótesis Completa Inferior	33.000.00
04.03.03	Prótesis Inmediata	20.000.00
04.04.12	Placa Miorrelajante	10.000.00

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**.

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

Código: 22
Obra Social: A.M.E.B.P.B.A



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

<u>CODIGOS</u>	<u>DETALLE</u>	A Cargo de AMEBPBA	A cargo del beneficiario	Valor 100%
01.01	Consulta. Diagnostico. Fichado y plan de Tratamiento.	802.00		802.00
01.04	Consulta de Urgencia	802.00		802.00
01.04.10	KIT de Protección	665.00		665.00
02.00	Obturacion globalizada(con cualquier material de restauración utilizado)	1.628.00	200.00	1.828.00
03.01	Tratamientos de Conducto en Unirradiculares (Incluye Rx.)	4.300.00	200.00	4.500.00
03.02	Tratamientos de Conducto en Multirradiculares (Incluye Rx.).	5.800.00	200.00	6.000.00
03.05	Biopulpectomia Parcial.	1.193.00	200.00	1.393.00
03.06	Necropulpectomia Parcial o Momificacion	1.193.00	200.00	1.393.00
05.01	Tartectomia y cepillado mecanico	600.00	200.00	800.00
05.02	Consulta preventiva. Terapias Fluoradas.	963.00	200.00	1.163.00
05.04	Consulta preventiva. Deteccion control de placa bacteriana, y enseñanza de técnicas de higiene bucal.	600.00	200.00	800.00
05.05	Selladores de surcos, fosas y fisuras	705.00	200.00	905.00
05.06	Aplicación de cariostaticos en piezas dentarias permanentes	705.00	200.00	905.00
07.01	Consulta de Motivacion	1.112.00	200.00	1.312.00
07.03	Reduccion de Luxacion con inmovilización	3.800.00	200.00	4.000.00
07.04	Tratamiento en dientes temporarios	1.370.00	200.00	1.570.00
07.06	Reimplante dentario e inmovilización por luxación total	4.139.00	200.00	4.339.00
07.07	Proteccion pulpar directa	447.00	200.00	647.00
08.01	Consulta de Estudio.Sondaje, fichado	963.00	200.00	1.163.00
08.02	Tratamiento de la Gingivitis	1.072.00	200.00	1.272.00
08.03	Tratamiento de la Enfermedad Peridontal.Por Sector 6(seis)	1.241.00	200.00	1.441.00
08.04	Desgaste selectivo o armonización oclusal	1.241.00	200.00	1.441.00

Nomenclador y Arancel

<u>CODIGOS</u>	<u>DETALLE</u>	A Cargo de AMEBPBA	A cargo del beneficiario	Valor 100%
09.01	Radiografía Periapical. Técnica de cono corto o Largo. Radiografía Bite-Wing	161.00	200.00	361.00
09.02	Radiografía Oclusal	332.00	200.00	532.00
09.03	Radiografía Dentales Media Seriada: de 5 a 7 películas.	943.00	200.00	1.143.00
09.04	Radiografías Dentales Seriada: de 8 a 14 películas	1.505.00	200.00	1.705.00
09.05	Pantomografía o Radiografía Panorámica	977.00	200.00	1.177.00
09.06	Estudio Cefalométrico	977.00	200.00	1.177.00
09.07	Tele – Radiografía.	977.00	200.00	1.177.00
10.01	Extracción Dentaria	1.400.00	200.00	1.600.00
10.02	Plástica de Comunicación Buco – Sinusal.	1.112.00	200.00	1.312.00
10.03	Biopsia por Punción o Aspiración o Escisión.	1.737.00	200.00	1.937.00
10.04	Alveolectomía Estabilizadora	834.00	200.00	1.034.00
10.05	Reimplante Dentario Inmediato al Traumatismo con inmovilización.	1.886.00	200.00	2.086.00
10.06	Incisión y Drenaje de Abscesos	780.00	200.00	980.00
10.08	Extracción Dentaria en retención mucosa.	2.600.00	200.00	2.800.00
10.09	Extracción de Dientes con retención Osea,	6.300.00	200.00	6.500.00
10.10	Germectomía	3.921.00	200.00	4.121.00
10.11	Liberación de Dientes Retenidos	1.967.00	200.00	2.167.00
10.13	Tratamiento de la Osteomielitis	2.354.00	200,00	2.554.00
10.14	Extracción de Cuerpo Extraño	1.777.00	200.00	1.977.00
10.15	Alveolectomía Correctiva	854.00	200.00	1.054.00
10.16	Frenectomía	1.954.00	200.00	2.154.00
12.01	Consulta de Estomatología	1.370.00	200.00	1.570.00

Nomenclador y Arancel

<u>CODIGOS</u>	<u>DETALLE</u>	A Cargo de AMEBPBA	A cargo del beneficiario	Valor 100%
01.01	Consulta. Diagnostico. Fichado y plan de Tratamiento.	970.00		970.00
01.04	Consulta de Urgencia	970.00		970.00
01.04.10	KIT de Protección	800.00		800.00
02.00	Obturacion globalizada(con cualquier material de restauración utilizado)	2.000.00	200.00	2.200.00
03.01	Tratamientos de Conducto en Unirradiculares (Incluye Rx.)	4.800.00	200.00	5.000.00
03.02	Tratamientos de Conducto en Multirradiculares (Incluye Rx.).	6.300.00	200.00	6.500.00
03.05	Biopulpectomia Parcial.	1.500.00	200.00	1.700.00
03.06	Necropulpectomia Parcial o Momificacion	1.500.00	200.00	1.700.00
05.01	Tartectomia y cepillado mecanico	800.00	200.00	1.000.00
05.02	Consulta preventiva. Terapias Fluoradas.	1.200.00	200.00	1.400.00
05.04	Consulta preventiva. Deteccion control de placa bacteriana, y enseñanza de técnicas de higiene bucal.	800.00	200.00	1.000.00
05.05	Selladores de surcos, fosas y fisuras	900.00	200.00	1.100.00
05.06	Aplicación de cariostaticos en piezas dentarias permanentes	900.00	200.00	1.100.00
07.01	Consulta de Motivacion	1.400.00	200.00	1.600.00
07.03	Reduccion de Luxacion con inmovilización	4.300.00	200.00	4.500.00
07.04	Tratamiento en dientes temporarios	1.700.00	200.00	1.900.00
07.06	Reimplante dentario e inmovilización por luxación total	5.000.00	200.00	5.200.00
07.07	Proteccion pulpar directa	600.00	200.00	800.00
08.01	Consulta de Estudio.Sondaje, fichado	1.200.00	200.00	1.400.00
08.02	Tratamiento de la Gingivitis	1.300.00	200.00	1.500.00
08.03	Tratamiento de la Enfermedad Peridontal.Por Sector 6(seis)	1.550.00	200.00	1.750.00
08.04	Desgaste selectivo o armonización oclusal	1.550.00	200.00	1.750.00

Nomenclador y Arancel

<u>CODIGOS</u>	<u>DETALLE</u>	A Cargo de AMEBPBA	A cargo del beneficiario	Valor 100%
09.01	Radiografía Periapical. Técnica de cono corto o Largo. Radiografía Bite-Wing	230.00	200.00	430.00
09.02	Radiografía Oclusal	450.00	200.00	650.00
09.03	Radiografía Dentales Media Seriada: de 5 a 7 películas.	1.200.00	200.00	1.400.00
09.04	Radiografías Dentales Seriada: de 8 a 14 películas	1.900.00	200.00	2.100.00
09.05	Pantomografía o Radiografía Panorámica	1.200.00	200.00	1.400.00
09.06	Estudio Cefalométrico	1.200.00	200.00	1.400.00
09.07	Tele – Radiografía.	1.200.00	200.00	1.400.00
10.01	Extracción Dentaria	1.550.00	200.00	1.750.00
10.02	Plástica de Comunicación Buco – Sinusal.	1.400.00	200.00	1.600.00
10.03	Biopsia por Punción o Aspiración o Escisión.	2.100.00	200.00	2.300.00
10.04	Alveolectomía Estabilizadora	1.050.00	200.00	1.250.00
10.05	Reimplante Dentario Inmediato al Traumatismo con inmovilización.	2.300.00	200.00	2.500.00
10.06	Incisión y Drenaje de Abscesos	1.000.00	200.00	1.200.00
10.08	Extracción Dentaria en retención mucosa.	2.800.00	200.00	3.000.00
10.09	Extracción de Dientes con retención Osea,	6.800.00	200.00	7.000.00
10.10	Germectomía	4.800.00	200.00	5.000.00
10.11	Liberación de Dientes Retenidos	2.400.00	200.00	2.600.00
10.13	Tratamiento de la Osteomielitis	2.900.00	200,00	3.100.00
10.14	Extracción de Cuerpo Extraño	2.200.00	200.00	2.400.00
10.15	Alveolectomía Correctiva	1.100.00	200.00	1.300.00
10.16	Frenectomía	2.400.00	200.00	2.600.00
12.01	Consulta de Estomatología	1.700.00	200.00	1.900.00

**Capítulo VI – ORTODONCIA-ORTOPEDIA
En Menores de 16 Años “CON AUTORIZACIÓN PREVIA”
Valores**

CODIGO	A Cargo AMEBPBA
06.02 - Trat.Dentición Primaria o Mixta	61.920.00
06.02.01 (40% al Inicio)	24.768.00
06.02.02 (30% a los 6 meses)	18.576.00
06.02.03 (30% a los 12 meses)	18.576.00
06.03 – Trat.Dentición Permanente	93.680.00
06.03.01 (40% al Inicio)	37.472.00
06.03.02 (30% a los 6 meses)	28.104.00
06.03.03 (30% a los 12 meses)	28.104.00
06.05 – Ortodoncia Fija posterior al Trat.Ortop.	61.920.00
06.05.01 (40% al Inicio)	24.768.00
06.05.02 (30% a los 6 meses)	18.576.00
06.05.03 (30% a los 12 meses)	18.576.00

**Capítulo VI – ORTODONCIA-ORTOPEDIA
En Menores de 16 Años “CON AUTORIZACIÓN PREVIA”
Valores**

CODIGO	A Cargo AMEBPBA
06.02 - Trat.Dentición Primaria o Mixta	72.000.00
06.02.01 (40% al Inicio)	28.800.00
06.02.02 (30% a los 6 meses)	21.600.00
06.02.03 (30% a los 12 meses)	21.600.00
06.03 – Trat.Dentición Permanente	110.000.00
06.03.01 (40% al Inicio)	44.000.00
06.03.02 (30% a los 6 meses)	33.000.00
06.03.03 (30% a los 12 meses)	33.000.00
06.05 – Ortodoncia Fija posterior al Trat.Ortop.	72.000.00
06.05.01 (40% al Inicio)	28.800.00
06.05.02 (30% a los 6 meses)	21.600.00
06.05.03 (30% a los 12 meses)	21.600.00