

Buenos Aires, 18 de agosto de 2023

## **CIRCULAR INFORMATIVA N° 123**

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 nuevo aumento de aranceles, los que rigen retroactivos al **1° de Agosto** del corriente año.

Se adjuntan 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 Zahora*  
Vice Presidente



*Dr. Rubén Manes*  
Presidente



*Dr. Sebastián Minicarelli*  
Secretario



*Dra. Griselda Tejo*  
Tesorera

## Nomenclador y Arancel

<b><u>CODIGOS</u></b>	<b><u>DETALLE</u></b>	<b>A Cargo de AMEBPBA</b>	<b>A cargo del beneficiario</b>	<b>Valor 100%</b>
01.01	Consulta. Diagnostico. Fichado y plan de Tratamiento.	3.000.00		<b>3.000.00</b>
01.04	Consulta de Urgencia	3.000.00		<b>3.000.00</b>
02.00	Obturacion globalizada( con cualquier material de restauración utilizado)	5.900.00	600.00	<b>6.500.00</b>
03.01	Tratamientos de Conducto en Unirradiculares ( Incluye Rx.)	16.200.00	600.00	<b>16.800.00</b>
03.02	Tratamientos de Conducto en Multirradiculares ( Incluye Rx.).	21.700.00	600.00	<b>22.300.00</b>
03.05	Biopulpectomia Parcial.	3.900.00	600.00	<b>4.500.00</b>
03.06	Necropulpectomia Parcial o Momificacion	3.900.00	600.00	<b>4.500.00</b>
05.01	Tartectomia y cepillado mecanico	2.400.00	600.00	<b>3.000.00</b>
05.02	Consulta preventiva. Terapias Fluoradas.	3.100.00	600.00	<b>3.700.00</b>
05.04	Consulta preventiva. Deteccion control de placa bacteriana, y enseñanza de técnicas de higiene bucal.	2.400.00	600.00	<b>3.000.00</b>
05.05	Selladores de surcos, fosas y fisuras	2.400.00	600.00	<b>3.000.00</b>
05.06	Aplicación de cariostaticos en piezas dentarias permanentes	2.400.00	600.00	<b>3.000.00</b>
07.01	Consulta de Motivacion	3.900.00	600.00	<b>4.500.00</b>
07.03	Reduccion de Luxacion con inmovilización	11.400.00	600.00	<b>12.000.00</b>
07.04	Tratamiento en dientes temporarios	5.400.00	600.00	<b>6.000.00</b>
07.06	Reimplante dentario e inmovilización por luxación total	12.400.00	600.00	<b>13.000.00</b>
07.07	Proteccion pulpar directa	2.400.00	600.00	<b>3.000.00</b>
08.01	Consulta de Estudio.Sondaje, fichado	2.900.00	600.00	<b>3.500.00</b>
08.02	Tratamiento de la Gingivitis	3.400.00	600.00	<b>4.000.00</b>
08.03	Tratamiento de la Enfermedad Peridontal.Por Sector 6( seis)	4.000.00	600.00	<b>4.600.00</b>
08.04	Desgaste selectivo o armonización oclusal	4.200.00	600.00	<b>4.800.00</b>

## Nomenclador y Arancel

<u>CODIGOS</u>	<u>DETALLE</u>	<b>A Cargo de AMEBPBA</b>	<b>A cargo del beneficiario</b>	<b>Valor 100%</b>
09.01	Radiografía Periapical. Técnica de cono corto o Largo. Radiografía Bite-Wing	600.00	600.00	<b>1.200.00</b>
09.02	Radiografía Oclusal	1.100.00	600.00	<b>1.700.00</b>
09.03	Radiografía Dentales Media Seriada: de 5 a 7 películas.	4.900.00	600.00	<b>5.500.00</b>
09.04	Radiografías Dentales Seriada: de 8 a 14 películas	8.100.00	600.00	<b>8.700.00</b>
09.05	Pantomografía o Radiografía Panorámica	3.600.00	600.00	<b>4.200.00</b>
09.06	Estudio Cefalométrico	3.600.00	600.00	<b>4.200.00</b>
09.07	Tele – Radiografía.	3.600.00	600.00	<b>4.200.00</b>
10.01	Extracción Dentaria	5.600.00	600.00	<b>6.200.00</b>
10.02	Plástica de Comunicación Buco – Sinusal.	3.900.00	600.00	<b>4.500.00</b>
10.03	Biopsia por Punción o Aspiración o Escisión.	5.400.00	600.00	<b>6.000.00</b>
10.04	Alveolectomía Estabilizadora	2.900.00	600.00	<b>3.500.00</b>
10.05	Reimplante Dentario Inmediato al Traumatismo con inmovilización.	5.900.00	600.00	<b>6.500.00</b>
10.06	Incisión y Drenaje de Abscesos	2.900.00	600.00	<b>3.500.00</b>
10.08	Extracción Dentaria en retención mucosa.	7.900.00	600.00	<b>8.500.00</b>
10.09	Extracción de Dientes con retención Osea,	21.400.00	600.00	<b>22.000.00</b>
10.10	Germectomía	14.400.00	600.00	<b>15.000.00</b>
10.11	Liberación de Dientes Retenidos	6.200.00	600.00	<b>6.800.00</b>
10.13	Tratamiento de la Osteomielitis	7.400.00	600.00	<b>8.000.00</b>
10.14	Extracción de Cuerpo Extraño	5.900.00	600.00	<b>6.500.00</b>
10.15	Alveolectomía Correctiva	2.900.00	600.00	<b>3.500.00</b>
10.16	Frenectomía	6.400.00	600.00	<b>7.000.00</b>
12.01	Consulta de Estomatología	4.400.00	600.00	<b>5.000.00</b>



## 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	30.000.00
04.01.09	Perno muñón seccionado	46.000.00
04.01.13	Corona de Porcelana sobre metal	90.000.00
PROTESIS REMOVIBLES		
04.02.01	Prótesis Parcial de Acrílico hasta 4 dientes	65.000.00
04.02.02	Prótesis Parcial de Acrílico de 5 o más dientes	70.000.00
04.02.03	Prótesis de Cromo cobalto (hasta 4 piezas)	100.000.00
04.02.04	Prótesis de Cromo cobalto ( de 5 o más dientes)	120.000.00
04.03.01	Prótesis Completa Superior	92.000.00
04.03.02	Prótesis Completa Inferior	92.000.00
04.03.03	Prótesis Inmediata	92.000.00
04.04.12	Placa Miorrelajante	42.000.00

## 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](mailto: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](mailto:sistemas@fopba.org.ar)) a FOPBA a la brevedad)**

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

<b>CODIGO</b>	<b>A Cargo AMEBPBA</b>
<b>06.02 - Trat.Dentición Primaria o Mixta</b>	<b>210.000.00</b>
06.02.01 (40% al Inicio)	84.000.00
06.02.02 (30% a los 6 meses)	63.000.00
06.02.03 (30% a los 12 meses)	63.000.00
<b>06.03 – Trat.Dentición Permanente</b>	<b>340.000.00</b>
06.03.01 (40% al Inicio)	136.000.00
06.03.02 (30% a los 6 meses)	102.000.00
06.03.03 (30% a los 12 meses)	102.000.00
<b>06.05 – Ortodoncia Fija posterior al Trat.Ortop.</b>	<b>210.000.00</b>
06.05.01 (40% al Inicio)	84.000.00
06.05.02 (30% a los 6 meses)	63.000.00
06.05.03 (30% a los 12 meses)	63.000.00