

Buenos Aires, 22 de diciembre de 2023

CIRCULAR INFORMATIVA Nº 179

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 a partir del **1º de Enero 2024**.

En el acuerdo citado se contempló un aumento del 100% del co-pago a cargo de los beneficiarios que pasa a **\$ 1.200.-** por cada práctica.

Del mismo modo y por un pedido especial de nuestra parte, en la cobertura de Prótesis, el afiliado **abonará directamente al profesional el 50%** del total de la/s prácticas autorizadas, a partir del mes de **Enero**.

Las autorizaciones, a partir de dicha fecha, las debe gestionar el afiliado directamente con la Mutual, el profesional deberá completar el **Formulario de Solicitud de Autorización** y entregárselo al afiliado para su correspondiente autorización, y la Mutual le entregará el **Formulario de Autorización** donde detallará las prácticas autorizadas, recién ahí el profesional puede comenzar con el tratamiento.

En el caso de Ortodoncia/Ortopedia, se incluyó el Código por la Consulta, y también el afiliado deberá abonar como primera cuota el valor del **30% del tratamiento**, o sea a la Mutual se le deben facturar las 2da y 3ra.cuota. Del mismo modo que en Prótesis, el afiliado deberá gestionar ante la Mutual la Autorización del Tratamiento, el profesional deberá cumplimentar el **Formulario de Solicitud de Autorización**.

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. Ruben Manes
Presidente



Dr. Sebastián Mincarelli
Secretario



Dra. Griselda Tejo
Tesorera



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PRÓTESIS

(A completar por el profesional tratante con letra legible)

Prótesis Fijas, Removibles y Placas (cod.08.06) 50% cargo Afiliado

Datos del Tratamiento a autorizar

CÓDIGO	PIEZA/MAXIL	OBSERVACIONES

Costo total: \$

Cargo Amebpbpa: \$

Cargo Afiliado: \$ *Con pago directo al profesional*

Datos del profesional

Apellido y Nombre	N° Matrícula	N° Documento	Teléfono
Marcar entidad que lo nuclea <input type="checkbox"/> FOPBA <input type="checkbox"/> SOLP <input type="checkbox"/> MOVIDENT <input type="checkbox"/> Otros			

Firma y Sello Profesional Tratante	Fecha

Datos del paciente

Apellido y Nombre	N° Beneficiario	N° Documento

Domicilio	Localidad	Provincia	Teléfono

Tomo conocimiento y conformidad que, **deberé abonar el 50% del costo total** en consultorio al profesional actuante.

Me comprometo a concurrir a realizar el tratamiento solicitado. En caso de desistir a su realización por causas de fuerza mayor, deberé comunicarlo a AMEBPBA y al odontólogo/a.

Firma del Paciente



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE ORTOPEDIA/ORTODONCIA

(A completar por el profesional tratante con letra legible)

Ortopedia y Ortodoncia 30% cargo Afiliado

Datos del Tratamiento a autorizar

CÓDIGO	PIEZA/MAXIL	OBSERVACIONES

Costo total: \$

Cargo Amebpba: \$

Cargo Afiliado: \$ *Con pago directo al profesional*

Datos del profesional

Apellido y Nombre	N° Matrícula	N° Documento	Teléfono

Marcar entidad que lo nuclea FOPBA SOLP MOVIDENT Otros

Firma y Sello Profesional Tratante	Fecha

Datos del paciente

Apellido y Nombre	N° Beneficiario	N° Documento

Domicilio	Localidad	Provincia	Teléfono

Tomo conocimiento y conformidad que, en el tratamiento de ortopedia u ortodoncia de mi a cargo, **deberé abonar el 30% del costo total** en consultorio al profesional actuante.

Me comprometo a concurrir a realizar el tratamiento solicitado. En caso de desistir a su realización por causas de fuerza mayor, deberé comunicarlo a AMEBPBA y al odontólogo/a.

Firma del Paciente



AUTORIZACIÓN

TRATAMIENTOS DE PRÓTESIS

AFILIADOS AMEBPBA

Nº Expediente	
Fecha	

Apellido y Nombre	
Nº de Afiliado	

Códigos Autorizados		
Código	Pieza/Maxilar	Importe
Total		
Cargo Amebpbpa		

PROFESIONAL TRATANTE

Apellido y Nombre	
Matrícula	
Círculo o Entidad	

Para el cobro del **50% del costo total**, deberá enviar copia de ficha odontológica con fecha de finalización del tratamiento y firma del paciente dando su aceptación y conformidad del tratamiento, adjuntando además RX pre y post prestación.

Códigos Rechazados		
Código	Pieza/Maxilar	Motivo del Rechazo

Auditoría Odontológica

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.	5.000.00		5.000.00
01.04	Consulta de Urgencia	6.000.00		6.000.00
02.07	Obturacion globalizada(con cualquier material de restauración utilizado)	10.800.00	1.200.00	12.000.00
03.01	Tratamientos de Conducto en Unirradiculares (Incluye Rx.)	21.800.00	1.200.00	23.000.00
03.02	Tratamientos de Conducto en Multirradiculares (Incluye Rx.).	28.800.00	1.200.00	30.000.00
03.05	Biopulpectomia Parcial.	5.800.00	1.200.00	7.000.00
03.06	Necropulpectomia Parcial o Momificacion	5.800.00	1.200.00	7.000.00
05.01	Tartectomia y cepillado mecanico	3.800.00	1.200.00	5.000.00
05.02	Consulta preventiva. Terapias Fluoradas.	3.800.00	1.200.00	5.000.00
05.04	Consulta preventiva. Deteccion control de placa bacteriana, y enseñanza de técnicas de higiene bucal.	4.800.00	1.200.00	6.000.00
05.05	Selladores de surcos, fosas y fisuras	3.800.00	1.200.00	5.000.00
05.06	Aplicación de cariostaticos en piezas dentarias permanentes	3.800.00	1.200.00	5.000.00
07.01	Consulta de Motivacion	6.500.00		6.500.00
07.02	Mantenedor de Espacio Fijo	11.000.00	11.000.00	22.000.00
07.03	Reduccion de Luxacion con inmovilización	13.800.00	1.200.00	15.000.00
07.04	Tratamiento en dientes temporarios	6.800.00	1.200.00	8.000.00
07.05	Corona Metálica de acero o Similares	10.000.00	10.000.00	20.000.00
07.06	Reimplante dentario e inmovilización por luxación total	15.800.00	1.200.00	17.000.00
08.01	Consulta de Estudio.Sondaje, fichado	3.700.00	1.200.00	4.900.00
08.02	Tratamiento de la Gingivitis	4.400.00	1.200.00	5.600.00
08.03	Tratamiento de la Enfermedad Peridontal.Por Sector 6(seis)	7.300.00	1.200.00	8.500.00
08.04	Desgaste selectivo o armonización oclusal	9.800.00	1.200.00	11.000.00

Nomenclador y Arancel

<u>CODIGOS</u>	<u>DETALLE</u>	A Cargo de AMEBPBA	A cargo del beneficiario	Valor 100%
08.06	Placas Oclusales de Acrilico Miorrelajanes	25.000.00	25.000.00	50.000.00
09.01.01	Radiografía Periapical. Tecnica de cono corto o Largo.Radiografía Bite-Wing	600.00	1.200.00	1.800.00
09.01.03	Radiografía Oclusal	600.00	1.200.00	1.800.00
09.01.04	Radiografía Dentales Media Seriada: de 5 a 7 películas.	6.800.00	1.200.00	8.000.00
09.01.05	Radiografías Dentales Seriada: de 8 a 14 películas	10.800.00	1.200.00	12.000.00
09.02.01	Extrabucales Primera Exp.	3.600.00	1.200.00	4.800.00
09.02.03	Articulación Temporo Mandibular	6.800.00	1.200.00	8.000.00
09.02.04	Pantomografía o Radiografía Panorámica	6.800.00	1.200.00	8.000.00
09.02.05	Tele – Radiografía.	6.800.00	1.200.00	8.000.00
09.02.07	Estudio Cefalométrico	6.800.00	1.200.00	8.000.00
10.01	Extracción Dentaria	8.800.00	1.200.00	10.000.00
10.02	Plástica de Comunicación Buco – Sinusal.	4.800.00	1.200.00	6.000.00
10.03	Biopsia por Punción o Aspiración.	6.800.00	1.200.00	8.000.00
10.04	Alveolectomía Estabilizadora	3.300.00	1.200.00	4.500.00
10.05	Reimplante Dentario Inmediato al Traumatismo con inmovilización.	7.300.00	1.200.00	8.500.00
10.06	Incisión y Drenaje de Abscesos	3.300.00	1.200.00	4.500.00
10.07	Biopsia por Escisión	6.800.00	1.200.00	8.000.00
10.08	Alargamiento Quirúrgico Cor.clínica	5.800.00	1.200.00	7.000.00
10.09	Extracción Dentaria en retención mucosa.	9.800.00	1.200.00	11.000.00
10.19	Extracción de Dientes con retención Osea,	26.800.00	1.200.00	28.000.00
10.10	Germectomía	17.800.00	1.200.00	19.000.00
10.11	Liberación de Dientes Retenidos	7.300.00	1.200.00	8.500.00

10.13	Tratamiento de la Osteomielitis	8.800.00	1.200.00	10.000.00
10.14	Extraccion de Cuerpo Extraño	7.100.00	1.200.00	8.300.00
10.15	Alveolectomia Correctiva	3.300.00	1.200.00	4.500.00
10.16	Frenectomia	7.800.00	1.200.00	9.000.00
12.01	Consulta de Estomatologia	5.800.00	1.200.00	7.000.00

NOMENCLADOR Y ARANCEL - Capítulo IV: Prótesis

:

CODIGO	PROTESIS FIJA	A Cargo Mutual	A Cargo Afil.	Valor 100%
04.01.03	Incrustación Estética	22.500.00	22.500.00	45.000.00
04.01.08	Perno muñón simple	17.500.00	17.500.00	35.000.00
04.01.09	Perno muñón seccionado	23.000.00	23.000.00	46.000.00
04.01.11	Corona de Acrílico	20.000.00	20.000.00	40.000.00
04.01.12	Elemento Provisorio por Unidad	7.500.00	7.500.00	15.000.00
04.01.13	Corona de Porcelana sobre metal	50.000.00	50.000.00	100.000.00
	PROTESIS REMOVIBLES			
04.02.01	Prótesis Parcial de Acrílico hasta 4 dientes	37.500.00	37.500.00	75.000.00
04.02.02	Prótesis Parcial de Acrílico de 5 o más dientes	42.500.00	42.500.00	85.000.00
04.02.03	Prótesis de Cromo cobalto (hasta 4 piezas)	60.000.00	60.000.00	120.000.00
04.02.04	Prótesis de Cromo cobalto (de 5 o más dientes)	72.500.00	72.500.00	145.000.00
04.02.05	Prótesis Parcial Inmediata	35.000.00	35.000.00	70.000.00
04.03.01	Prótesis Completa Superior	55.000.00	55.000.00	110.000.00
04.03.02	Prótesis Completa Inferior	55.000.00	55.000.00	110.000.00
04.03.03	Prótesis Inmediata	55.000.00	55.000.00	110.000.00
	VARIOS			
04.04.01	Compostura Simple	6.000.00	6.000.00	12.000.00
04.04.02	Compostura con agregado de un diente	7.000.00	7.000.00	14.000.00
04.04.03	Compostura con agregado de un retenedor	7.000.00	7.000.00	14.000.00
04.04.04	Compostura con agregado de un diente y ret.	8.500.00	8.500.00	17.000.00
04.04.05	Diente Subsiguiente cada uno	3.250.00	3.250.00	6.500.00
04.04.06	Retenedor Subsiguiente cada uno	3.250.00	3.250.00	6.500.00
04.04.10	Rebasado de Prótesis	8.000.00	8.000.00	16.000.00

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

CIRCUITO DE AUTORIZACIÓN:

Las autorizaciones, a partir de **Enero/24**, las debe gestionar el afiliado directamente con la Mutual, el profesional deberá completar el **Formulario de Solicitud de Autorización** y entregárselo al afiliado para su correspondiente autorización, y la Mutual le entregará el **Formulario de Autorización** donde detallará las prácticas autorizadas, recién ahí el profesional puede comenzar con el tratamiento.

La Composturas no requieren autorización.

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

CODIGO	A Cargo AMEBPBA	Co-Pago a Cargo Afiliado	Valor Total
06.01 – Consulta Ortodoncia/Ortopedia	10.800.00	1.200.00	12.000.00
06.02 - Trat.Dentición Primaria o Mixta			330.000.00
06.02.01 (30% al Inicio)		99.000.00	99.000.00
06.02.02 (40% a los 6 meses)	132.000.00		132.000.00
06.02.03 (30% a los 12 meses)	99.000.00		99.000.00
06.03 – Trat.Dentición Permanente			470.000.00
06.03.01 (30% al Inicio)		141.000.00	141.000.00
06.03.02 (40% a los 6 meses)	188.000.00		188.000.00
06.03.03 (30% a los 12 meses)	141.000.00		141.000.00
06.05 – Ortodoncia Fija posterior al Trat.Ortop.			280.000.00
06.05.01 (30% al Inicio)		84.000.00	84.000.00
06.05.02 (40% a los 6 meses)	112.000.00		112.000.00
06.05.03 (30% a los 12 meses)	84.000.00		84.000.00

El afiliado deberá abonar como primera cuota el valor del **30% del tratamiento**, o sea a la Mutual se le deben facturar las 2da y 3ra.cuota.

El afiliado deberá gestionar ante la Mutual la Autorización del Tratamiento, el profesional deberá cumplimentar el **Formulario de Solicitud de Autorización** con el tratamiento solicitado.

La documentación correspondiente al tratamiento, modelos, estudios, etc. estará en poder del/a profesional a disposición de la Mutual en caso de solicitarlos.

Actualización: Enero 2024

Código: 22 AMEBPBA