

Buenos Aires, 10 de junio de 2024

CIRCULAR INFORMATIVA Nº 80

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 Junio** del corriente año.

En el acuerdo citado, se contempló un aumento del co-pago a cargo de los beneficiarios, que pasa a ser de **\$ 3.000.-** por cada práctica en odontología general.

IMPORTANTE: se recuerda que para validar los afiliados de AMEBPBA a través de la página de F.O.P.B.A., solicitamos que digiten el numero completo SIN el digito entre quiones y/o barra.

Ejemplo: (Los quiones y/o barra NO se digitan)

NUMERO EN CARNET
12345/6/7

NUMERO PARA VALIDAR
123457

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 Zamora
Vice Presidente



Dr. Rubén Manes
Presidente



Dr. Sebastián Mancarelli
Secretario



Dra. Griselda Tejo
Tesorera

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.	8.500.00		8.500.00
01.04	Consulta de Urgencia	10.500.00		10.500.00
02.07	Obturacion globalizada(con cualquier material de restauración utilizado)	17.200.00	3.000.00	20.200.00
03.01	Tratamientos de Conducto en Unirradiculares (Incluye Rx.)	42.000.00	3.000.00	45.000.00
03.02	Tratamientos de Conducto en Multirradiculares (Incluye Rx.).	47.400.00	3.000.00	50.400.00
03.05	Biopulpectomia Parcial.	8.800.00	3.000.00	11.800.00
03.06	Necropulpectomia Parcial o Momificacion	8.800.00	3.000.00	11.800.00
05.01	Tartectomia y cepillado mecanico	5.500.00	3.000.00	8.500.00
05.02	Consulta preventiva. Terapias Fluoradas.	5.500.00	3.000.00	8.500.00
05.04	Consulta preventiva. Deteccion control de placa bacteriana, y enseñanza de técnicas de higiene bucal.	7.500.00	3.000.00	10.500.00
05.05	Selladores de surcos, fosas y fisuras	5.500.00	3.000.00	8.500.00
05.06	Aplicación de cariostaticos en piezas dentarias permanentes	5.500.00	3.000.00	8.500.00
07.01	Consulta de Motivacion	8.000.00	3.000.00	11.000.00
07.02	Mantenedor de Espacio Fijo	18.500.00	18.500.00	37.000.00
07.03	Reduccion de Luxacion con inmovilización	22.000.00	3.000.00	25.000.00
07.04	Tratamiento en dientes temporarios	10.500.00	3.000.00	13.500.00
07.05	Corona Metálica de acero o Similares	16.800.00	16.800.00	33.600.00
07.06	Reimplante dentario e inmovilización por luxación total	25.600.00	3.000.00	28.600.00
08.01	Consulta de Estudio.Sondaje, fichado	5.500.00	3.000.00	8.500.00
08.02	Tratamiento de la Gingivitis	6.400.00	3.000.00	9.400.00
08.03	Tratamiento de la Enfermedad Peridontal.Por Sector 6(seis)	11.300.00	3.000.00	14.300.00
08.04	Desgaste selectivo o armonización oclusal	15.500.00	3.000.00	18.500.00

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	42.000.00	42.000.00	84.000.00
09.01.01	Radiografía Periapical. Tecnica de cono corto o Largo.Radiografía Bite-Wing	1.000.00	3.000.00	4.000.00
09.01.03	Radiografía Oclusal	1.000.00	3.000.00	4.000.00
09.01.04	Radiografía Dentales Media Seriada: de 5 a 7 películas.	10.500.00	3.000.00	13.500.00
09.01.05	Radiografías Dentales Seriada: de 8 a 14 películas	17.200.00	3.000.00	20.200.00
09.02.01	Extrabucales Primera Exp.	5.100.00	3.000.00	8.100.00
09.02.03	Articulación Temporo Mandibular	13.000.00	3.000.00	16.000.00
09.02.04	Pantomografía o Radiografía Panorámica	13.000.00	3.000.00	16.000.00
09.02.05	Tele – Radiografía.	13.000.00	3.000.00	16.000.00
09.02.07	Estudio Cefalometrico	13.000.00	3.000.00	16.000.00
10.01	Extraccion Dentaria	16.000.00	3.000.00	19.000.00
10.02	Plastica de Comunicación Buco – Sinusal.	7.500.00	3.000.00	10.500.00
10.03	Biopsia por Puncion o Aspiracion.	10.500.00	3.000.00	13.500.00
10.04	Alveolectomia Estabilizadora	4.600.00	3.000.00	7.600.00
10.05	Reimplante Dentario Inmediato al Traumastismo con inmovilización.	11.300.00	3.000.00	14.300.00
10.06	Incision y Drenaje de Abscesos	4.600.00	3.000.00	7.600.00
10.07	Biopsia por Escisión	10.500.00	3.000.00	13.500.00
10.08	Alargamiento Quirúrgico Cor.clínica	8.800.00	3.000.00	11.800.00
10.09	Extraccion Dentaria en retención mucosa.	25.000.00	3.000.00	28.000.00
10.19	Extraccion de Dientes con retención Osea,	50.000.00	3.000.00	53.000.00
10.10	Germectomia	29.000.00	3.000.00	32.000.00
10.11	Liberacion de Dientes Retenidos	11.300.00	3.000.00	14.300.00

10.13	Tratamiento de la Osteomielitis	14.000.00	3.000.00	17.000.00
10.14	Extraccion de Cuerpo Extraño	11.000.00	3.000.00	14.000.00
10.15	Alveolectomia Correctiva	4.600.00	3.000.00	7.600.00
10.16	Frenectomia	12.200.00	3.000.00	15.200.00
12.01	Consulta de Estomatologia	8.800.00	3.000.00	11.800.00

NOMENCLADOR Y ARANCEL - Capítulo IV: Prótesis

:

CODIGO	PROTESIS FIJA	A Cargo Mutual	A Cargo Afil.	Valor 100%
04.01.03	Incrustación Estética	37.800.00	37.800.00	75.600.00
04.01.08	Perno muñón simple	29.400.00	29.400.00	58.800.00
04.01.09	Perno muñón seccionado	38.650.00	38.650.00	77.300.00
04.01.11	Corona de Acrílico	33.600.00	33.600.00	67.200.00
04.01.12	Elemento Provisorio por Unidad	12.600.00	12.600.00	25.200.00
04.01.13	Corona de Porcelana sobre metal	84.000.00	84.000.00	168.000.00
	PROTESIS REMOVIBLES			
04.02.01	Prótesis Parcial de Acrílico hasta 4 dientes	63.000.00	63.000.00	126.000.00
04.02.02	Prótesis Parcial de Acrílico de 5 o más dientes	71.500.00	71.500.00	143.000.00
04.02.03	Prótesis de Cromo cobalto (hasta 4 piezas)	101.000.00	101.000.00	202.000.00
04.02.04	Prótesis de Cromo cobalto (de 5 o más dientes)	121.800.00	121.800.00	243.600.00
04.02.05	Prótesis Parcial Inmediata	59.000.00	59.000.00	118.000.00
04.03.01	Prótesis Completa Superior	92.500.00	92.500.00	185.000.00
04.03.02	Prótesis Completa Inferior	92.500.00	92.500.00	185.000.00
04.03.03	Prótesis Inmediata	92.500.00	92.500.00	185.000.00
	VIARIOS			
04.04.01	Compostura Simple	10.100.00	10.100.00	20.200.00
04.04.02	Compostura con agregado de un diente	11.750.00	11.750.00	23.500.00
04.04.03	Compostura con agregado de un retenedor	11.750.00	11.750.00	23.500.00
04.04.04	Compostura con agregado de un diente y ret.	14.300.00	14.300.00	28.600.00
04.04.05	Diente Subsiguiente cada uno	5.500.00	5.500.00	11.000.00
04.04.06	Retenedor Subsiguiente cada uno	5.500.00	5.500.00	11.000.00
04.04.10	Rebasado de Prótesis	13.500.00	13.500.00	27.000.00

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	17.200.00	3.000.00	20.200.00
06.02 - Trat.Dentición Primaria o Mixta			554.400.00
06.02.01 (30% al Inicio)		166.320.00	166.320.00
06.02.02 (40% a los 6 meses)	221.760.00		221.760.00
06.02.03 (30% a los 12 meses)	166.320.00		166.320.00
06.03 – Trat.Dentición Permanente			790.000.00
06.03.01 (30% al Inicio)		237.000.00	237.000.00
06.03.02 (40% a los 6 meses)	316.000.00		316.000.00
06.03.03 (30% a los 12 meses)	237.000.00		237.000.00
06.05 – Ortodoncia Fija posterior al Trat.Ortop.			471.000.00
06.05.01 (30% al Inicio)		141.300.00	141.300.00
06.05.02 (40% a los 6 meses)	188.400.00		188.400.00
06.05.03 (30% a los 12 meses)	141.300.00		141.300.00

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: Junio 2024

Código: 22 AMEBPBA