

Buenos Aires, 25 de marzo 2026



CIRCULAR INFORMATIVA N° 26

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 aumento de aranceles, los que rigen a partir del **1° de Abril** del corriente año.

En el citado acuerdo, se contempló también, un aumento del co-pago a cargo de los beneficiarios, que pasa a ser de **\$ 7.000.-** por cada práctica en odontología general.

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.

Dra. Lorena Huchan
Vice Presidente

Dr. Sebastián Mincarelli
Presidente

Dr. Fabián Pintar
Secretario

Dr. Hugo Zamora
Tesorero

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.	15.000.00		15.000.00
01.04	Consulta de Urgencia	20.000.00		20.000.00
02.07	Obturacion globalizada(con cualquier material de restauración utilizado)	30.000.00	7.000.00	37.000.00
03.01	Tratamientos de Conducto en Unirradiculares (Incluye Rx.)	83.000.00	7.000.00	90.000.00
03.02	Tratamientos de Conducto en Multirradiculares (Incluye Rx.).	103.000.00	7.000.00	110.000.00
03.05	Biopulpectomia Parcial.	13.740.00	7.000.00	20.740.00
03.06	Necropulpectomia Parcial o Momificacion	13.740.00	7.000.00	20.740.00
05.01	Tartectomia y cepillado mecanico	11.000.00	7.000.00	18.000.00
05.02	Consulta preventiva. Terapias Fluoradas.	11.000.00	7.000.00	18.000.00
05.04	Consulta preventiva. Deteccion control de placa bacteriana, y enseñanza de técnicas de higiene bucal.	11.000.00	7.000.00	18.000.00
05.05	Selladores de surcos, fosas y fisuras	11.000.00	7.000.00	18.000.00
05.06	Aplicación de cariostaticos en piezas dentarias permanentes	11.000.00	7.000.00	18.000.00
07.01	Consulta de Motivacion	15.000.00	7.000.00	22.000.00
07.02	Mantenedor de Espacio Fijo	40.000.00	40.000.00	80.000.00
07.03	Reduccion de Luxacion con inmovilización	37.164.00	7.000.00	44.164.00
07.04	Trat.Pulpar en dientes temporarios	28.000.00	7.000.00	35.000.00
07.05	Corona Metálica de acero o Similares	36.600.00	36.600.00	73.200.00
07.06	Reimplante dentario e inmovilización por luxación total	44.240.00	7.000.00	51.240.00
08.01	Consulta de Estudio.Sondaje, fichado	8.006.00	7.000.00	15.006.00
08.02	Tratamiento de la Gingivitis	9.592.00	7.000.00	16.592.00
08.03	Tratamiento de la Enfermedad Peridontal.Por Sector 6(seis)	18.254.00	7.000.00	25.254.00
08.04	Desgaste selectivo o armonización oclusal	25.574.00	7.000.00	32.574.00

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	85.400.00	85.400.00	170.800.00
09.01.01	Radiografía Periapical. Tecnica de cono corto o Largo.Radiografía Bite-Wing		7.000.00	7.000.00
09.01.03	Radiografía Oclusal		7.000.00	7.000.00
09.01.04	Radiografía Dentales Media Seriada: de 5 a 7 películas.	16.790.00	7.000.00	23.790.00
09.01.05	Radiografías Dentales Seriada: de 8 a 14 películas	28.746.00	7.000.00	35.746.00
09.02.01	Extrabucales Primera Exp.	7.274.00	7.000.00	14.274.00
09.02.03	Articulación Temporo Mandibular	21.304.00	7.000.00	28.304.00
09.02.04	Pantomografía o Radiografía Panorámica	21.304.00	7.000.00	28.304.00
09.02.05	Tele – Radiografía.	21.304.00	7.000.00	28.304.00
09.02.07	Estudio Cefalometrico	21.304.00	7.000.00	28.304.00
10.01	Extraccion Dentaria	29.000.00	7.000.00	36.000.00
10.02	Plastica de Comunicación Buco – Sinusal.	11.544.00	7.000.00	18.544.00
10.03	Biopsia por Puncion o Aspiracion.	16.790.00	7.000.00	23.790.00
10.04	Alveolectomia Estabilizadora	6.420.00	7.000.00	13.420.00
10.05	Reimplante Dentario Inmediato al Traumatismo con inmovilización.	18.132.00	7.000.00	25.132.00
10.06	Incision y Drenaje de Abscesos	6.420.00	7.000.00	13.420.00
10.07	Biopsia por Escisión	16.790.00	7.000.00	23.790.00
10.08	Alargamiento Quirúrgico Cor.clínica	16.790.00	7.000.00	23.790.00
10.09	Extraccion Dentaria en retención mucosa.	48.000.00	7.000.00	55.000.00
10.19	Extraccion de Dientes con retención Osea,	91.000.00	7.000.00	98.000.00
10.10	Germectomia	49.486.00	7.000.00	56.486.00
10.11	Liberacion de Dientes Retenidos	18.132.00	7.000.00	25.132.00

10.13	Tratamiento de la Osteomielitis	23.012.00	7.000.00	30.012.00
10.14	Extraccion de Cuerpo Extraño	18.132.00	7.000.00	25.132.00
10.15	Alveolectomia Correctiva	6.420.00	7.000.00	13.420.00
10.16	Frenectomia	19.840.00	7.000.00	26.840.00
12.01	Consulta de Estomatologia	14.350.00	7.000.00	21.350.00

NOMENCLADOR Y ARANCEL - Capítulo IV: Prótesis

:

CODIGO	PROTESIS FIJA	A Cargo Mutual	A Cargo Afil.	Valor 100%
04.01.03	Incrustación Estética	97.600.00	97.600.00	195.200.00
04.01.08	Perno muñón simple	73.200.00	73.200.00	146.400.00
04.01.09	Perno muñón seccionado	91.500.00	91.500.00	183.000.00
04.01.11	Corona de Acrílico	73.200.00	73.200.00	146.400.00
04.01.12	Elemento Provisorio por Unidad	24.400.00	24.400.00	48.800.00
04.01.13	Corona de Porcelana sobre metal	244.000.00	244.000.00	488.000.00
	PROTESIS REMOVIBLES			
04.02.01	Prótesis Parcial de Acrílico hasta 4 dientes	185.000.00	185.000.00	370.000.00
04.02.02	Prótesis Parcial de Acrílico de 5 o más dientes	205.000.00	205.000.00	410.000.00
04.02.03	Prótesis de Cromo cobalto (hasta 4 piezas)	250.000.00	250.000.00	500.000.00
04.02.04	Prótesis de Cromo cobalto (de 5 o más dientes)	275.000.00	275.000.00	550.000.00
04.02.05	Prótesis Parcial Inmediata	125.000.00	125.000.00	250.000.00
04.03.01	Prótesis Completa Superior	230.000.00	230.000.00	460.000.00
04.03.02	Prótesis Completa Inferior	230.000.00	230.000.00	460.000.00
04.03.03	Prótesis Inmediata	190.000.00	190.000.00	380.000.00
	VARIOS			
04.04.01	Compostura Simple	30.000.00	30.000.00	60.000.00
04.04.02	Compostura con agregado de un diente	32.500.00	32.500.00	65.000.00
04.04.03	Compostura con agregado de un retenedor	32.500.00	32.500.00	65.000.00
04.04.04	Compostura con agregado de un diente y ret.	37.500.00	37.500.00	75.000.00
04.04.05	Diente Subsiguiente cada uno	20.000.00	20.000.00	40.000.00
04.04.06	Retenedor Subsiguiente cada uno	20.000.00	20.000.00	40.000.00
04.04.10	Rebasado de Prótesis	50.000.00	50.000.00	100.000.00

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	63.000.00	7.000.00	70.000.00
06.02 - Trat.Dentición Primaria o Mixta			1.600.000.00
06.02.01 (30% al Inicio)		480.000.00	
06.02.02 (40% a los 6 meses)	640.000.00		640.000.00
06.02.03 (30% a los 12 meses)	480.000.00		480.000.00
06.03 – Trat.Dentición Permanente			2.200.000.00
06.03.01 (30% al Inicio)		660.000.00	
06.03.02 (40% a los 6 meses)	880.000.00		880.000.00
06.03.03 (30% a los 12 meses)	660.000.00		660.000.00
06.05 – Ortodoncia Fija posterior al Trat.Ortop.			1.000.000.00
06.05.01 (30% al Inicio)		300.000.00	
06.05.02 (40% a los 6 meses)	400.000.00		400.000.00
06.05.03 (30% a los 12 meses)	300.000.00		300.000.00

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.