

Buenos Aires, 27 de abril de 2026

CIRCULAR INFORMATIVA N° 47

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 usted a fin de informarle que, en virtud de las distintas reuniones mantenidas con las autoridades de la **Asociación Mutual del Banco de la Provincia de Buenos Aires**, se ha arribado a un acuerdo arancelario que consideramos de relevancia, tanto en los capítulos de odontología general como en prótesis y ortodoncia, los que rigen a partir del **1° de Mayo** del corriente año.

En este marco, AMEBPBA nos ha solicitado la conformación de un listado de prestadores que respeten los valores acordados, especialmente en los capítulos de prótesis y ortodoncia.

En el capítulo de **Prótesis Fijas**, la Mutual fijó un tope de **tres (3) prácticas** de pernos y coronas por afiliado por año.

Se adjuntan 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. Rubén Manes
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.	25.000.00		25.000.00
01.04	Consulta de Urgencia	30.000.00		30.000.00
02.07	Obturacion globalizada(con cualquier material de restauración utilizado)	35.000.00	7.000.00	42.000.00
03.01	Tratamientos de Conducto en Unirradiculares (Incluye Rx.)	101.000.00	7.000.00	108.000.00
03.02	Tratamientos de Conducto en Multirradiculares (Incluye Rx.).	136.000.00	7.000.00	143.000.00
03.05	Biopulpectomia Parcial.	19.000.00	7.000.00	26.000.00
03.06	Necropulpectomia Parcial o Momificacion	19.000.00	7.000.00	26.000.00
05.01	Tartectomia y cepillado mecanico	13.000.00	7.000.00	20.000.00
05.02	Consulta preventiva. Terapias Fluoradas.	13.000.00	7.000.00	20.000.00
05.04	Consulta preventiva. Deteccion control de placa bacteriana, y enseñanza de técnicas de higiene bucal.	13.000.00	7.000.00	20.000.00
05.05	Selladores de surcos, fosas y fisuras	13.000.00	7.000.00	20.000.00
05.06	Aplicación de cariostaticos en piezas dentarias permanentes	13.000.00	7.000.00	20.000.00
07.01	Consulta de Motivacion	21.000.00	7.000.00	28.000.00
07.02	Mantenedor de Espacio Fijo	52.000.00	52.000.00	104.000.00
07.03	Reduccion de Luxacion con inmovilización	50.000.00	7.000.00	57.000.00
07.04	Trat.Pulpar en dientes temporarios	38.500.00	7.000.00	45.500.00
07.05	Corona Metálica de acero o Similares	47.500.00	47.500.00	95.000.00
07.06	Reimplante dentario e inmovilización por luxación total	59.000.00	7.000.00	66.000.00
08.01	Consulta de Estudio.Sondaje, fichado	12.500.00	7.000.00	19.500.00
08.02	Tratamiento de la Gingivitis	14.500.00	7.000.00	21.500.00
08.03	Tratamiento de la Enfermedad Peridontal.Por Sector 6(seis)	25.500.00	7.000.00	32.500.00
08.04	Desgaste selectivo o armonización oclusal	35.300.00	7.000.00	42.300.00

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	111.000.00	111.000.00	222.000.00
09.01.01	Radiografía Periapical. Tecnica de cono corto o Largo.Radiografía Bite-Wing	700,00	7.000.00	7.700.00
09.01.03	Radiografía Oclusal	700,00	7.000.00	7.700.00
09.01.04	Radiografía Dentales Media Seriada: de 5 a 7 peliculas.	19.000.00	7.000.00	26.000.00
09.01.05	Radiografias Dentales Seriada: de 8 a 14 peliculas	32.000.00	7.000.00	39.000.00
09.02.01	Extrabucales Primera Exp.	8.500.00	7.000.00	15.500.00
09.02.03	Articulación Temporo Mandibular	24.000.00	7.000.00	31.000.00
09.02.04	Pantomografía o Radiografía Panorámica	24.000.00	7.000.00	31.000.00
09.02.05	Tele – Radiografía.	24.000.00	7.000.00	31.000.00
09.02.07	Estudio Cefalometrico	24.000.00	7.000.00	31.000.00
10.01	Extraccion Dentaria	36.200.00	7.000.00	43.200.00
10.02	Plastica de Comunicación Buco – Sinusal.	13.500.00	7.000.00	20.500.00
10.03	Biopsia por Puncion o Aspiracion.	19.000.00	7.000.00	26.000.00
10.04	Alveolectomia Estabilizadora	7.500.00	7.000.00	14.500.00
10.05	Reimplante Dentario Inmediato al Traumatismo con inmovilización.	20.500.00	7.000.00	27.500.00
10.06	Incision y Drenaje de Abscesos	8.000.00	7.000.00	15.000.00
10.07	Biopsia por Escisión	19.000.00	7.000.00	26.000.00
10.08	Alargamiento Quirúrgico Cor.clínica	19.000.00	7.000.00	26.000.00
10.09	Extraccion Dentaria en retención mucosa.	59.000.00	7.000.00	66.000.00
10.19	Extraccion de Dientes con retención Osea,	110.600.00	7.000.00	117.600.00
10.10	Germectomia	55.000.00	7.000.00	62.000.00
10.11	Liberacion de Dientes Retenidos	20.500.00	7.000.00	27.500.00
10.13	Tratamiento de la Osteomielitis	26.000.00	7.000.00	33.000.00

10.14	Extraccion de Cuerpo Extraño	20.500.00	7.000.00	27.500.00
10.15	Alveolectomia Correctiva	7.500.00	7.000.00	14.500.00
10.16	Frenectomia	33.000.00	7.000.00	40.000.00
12.01	Consulta de Estomatologia	43.000.00	7.000.00	50.000.00

NOMENCLADOR Y ARANCEL - Capítulo IV: Prótesis

:

CODIGO	PROTESIS FIJA	A Cargo Mutual	A Cargo Afil.	Valor 100%
04.01.03	Incrustación Estética	117.000.00	117.000.00	234.000.00
04.01.08	Perno muñón simple	87.500.00	87.500.00	175.000.00
04.01.09	Perno muñón seccionado	109.500.00	109.500.00	219.000.00
04.01.11	Corona de Acrílico	87.500.00	87.500.00	175.000.00
04.01.12	Elemento Provisorio por Unidad	29.250.00	29.250.00	58.500.00
04.01.13	Corona de Porcelana sobre metal	292.500.00	292.500.00	585.000.00
	PROTESIS REMOVIBLES			
04.02.01	Prótesis Parcial de Acrílico hasta 4 dientes	222.000.00	222.000.00	444.000.00
04.02.02	Prótesis Parcial de Acrílico de 5 o más dientes	246.000.00	246.000.00	492.000.00
04.02.03	Prótesis de Cromo cobalto (hasta 4 piezas)	325.000.00	325.000.00	650.000.00
04.02.04	Prótesis de Cromo cobalto (de 5 o más dientes)	357.500.00	357.500.00	715.000.00
04.02.05	Prótesis Parcial Inmediata	162.500.00	162.500.00	325.000.00
04.03.01	Prótesis Completa Superior	322.000.00	322.000.00	644.000.00
04.03.02	Prótesis Completa Inferior	322.000.00	322.000.00	644.000.00
04.03.03	Prótesis Inmediata	266.000.00	266.000.00	532.000.00
	VARIOS			
04.04.01	Compostura Simple	39.000.00	39.000.00	78.000.00
04.04.02	Compostura con agregado de un diente	42.250.00	42.250.00	84.500.00
04.04.03	Compostura con agregado de un retenedor	42.250.00	42.250.00	84.500.00
04.04.04	Compostura con agregado de un diente y ret.	48.750.00	48.750.00	97.500.00
04.04.05	Diente Subsiguiente cada uno	26.000.00	26.000.00	52.000.00
04.04.06	Retenedor Subsiguiente cada uno	26.000.00	26.000.00	52.000.00
04.04.10	Rebasado de Prótesis	65.000.00	65.000.00	130.000.00

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			1.900.000.00
06.02.01 (30% al Inicio)		570.000.00	
06.02.02 (40% a los 6 meses)	760.000.00		760.000.00
06.02.03 (30% a los 12 meses)	570.000.00		570.000.00
06.03 – Trat.Dentición Permanente			2.600.000.00
06.03.01 (30% al Inicio)		780.000.00	
06.03.02 (40% a los 6 meses)	1.040.000.00		1.040.000.00
06.03.03 (30% a los 12 meses)	780.000.00		780.000.00
06.05 – Ortodoncia Fija posterior al Trat.Ortop.			1.200.000.00
06.05.01 (30% al Inicio)		360.000.00	
06.05.02 (40% a los 6 meses)	480.000.00		480.000.00
06.05.03 (30% a los 12 meses)	360.000.00		360.000.00

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.