



**CIRCULO  
ODONTOLOGICO  
DE PERGAMINO**

Fundado el 27 de Julio de 1932  
Personería Jurídica N° 348/79  
Afiliado a F.O.P.B.A.

**A.M.E.B.P.B.A.**

**07/2018**

**Identificación del beneficiario:** Carnet de afiliación y documento de identidad.

**Nomenclador cubierto:** se adjunta

**Cobertura de la Obra Social:** con co-seguro (se adjunta). Sin autorización previa a excepción de los tratamientos de prótesis

**Límites de prestaciones por mes:** Se podrán facturar 4 (cuatro) prácticas mensuales más la consulta cuando corresponda. **Se podrán facturar todas las prácticas necesarias (sin límite) en aquellos pacientes que así lo requieran por su estado de salud, debiéndose adjuntar a la facturación la constancia médica con la especificación de su patología.**

**ANTE NINGUAN CIRCUNSTANCIA SE PODRA COBRAR DINERO EXTRA EN LOS CAPITULOS PERTENECIENTES AL PMO. ESTO SERA CAUSA DE PENALIDAD PARA EL PROFESIONAL Y LA BAJA INMEDIATA PARA LA ATENCIONDE LOS AFILIADOS DE AMEBPBA.**

**PRESENTAR LA FACTURACION EN FICHA BLANCA QUE SERA PARA TODO EL DISTRITO VI DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. LAS MISMAS SERAN ENTREGADAS A USTEDES EN EL CIRCULO (SE ADJUNTA MODELO)**

**Presentación de la facturación:** según cronograma locales.



**FORMULARIO PARA DE AUTORIZACION DE PROTESIS**  
(a completar por el profesional tratante)

01101

**ANEXO V**  
**AMEBPBA**

1. PERNOS 04.01.08 // 04.01.09 **(50% a a cargo del afiliado)**
2. CORONAS DE PORCELANA SOBRE METAL 04.01.13 **(50% a a cargo del afiliado)**
3. PROTESIS CROMO COBALTO 04.02.03 // 04.02.04 **(50% a a cargo del afiliado)**
4. PROTESIS INMEDIATA 04.03.03
5. PLACA MIORRELAJANTE 04.04.12
6. PROTESIS PARCIALES DE ACRILICO 04.02.01 // 04.02.02
7. PROTESIS COMPLETAS 04:03.01 // 04.03.02

Enviar formulario completo al e-mail: [amebpba@movident.com.ar](mailto:amebpba@movident.com.ar) o por Fax al 011 4816-4004 // 4816-1057 o a través de AMEBPBA  
La respuesta será enviada por e-mail dentro de los 30 días de recibido.

Datos del Tratamiento a autorizar

Código	Pieza/Maxil	Observaciones

Costo total:

Datos del profesional

Apellido y Nombre	Nº Matrícula	Nº Documento	Teléfono
Firma y Sello Profesional Tratante			Firma

Datos del paciente

Apellido y Nombre	Nº Beneficiario	Nº Documento
Domicilio	Localidad	Provincia
		Teléfono

Como conocimiento que si como parte de mi tratamiento debieran confeccionarme algunos de los elementos protésicos de los puntos 1, 2 y 3, **deberé hacerme cargo del 50% de su costo total**. Si así correspondiera, esa suma deberé abonarla únicamente a la Mutual, dando el consentimiento a través de la presente, para que el importe resultante se descuente de mis haberes en 6 cuotas mensuales, íguala en sucesivas.  
En tal sentido, además me notifico que **no deberé abonar suma alguna al profesional actuante**, bajo ningún concepto.  
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



Apellido y Nombre		Obra Social	Nº de Beneficiario
Domicilio		Localidad	Provincia
Teléfonos		Fecha de Nacimiento	DNI / LE / LC / CI
Observaciones			

16	17	18	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			<input type="checkbox"/>												
DERECHA								IZQUIERDA							
			<input type="checkbox"/>												
			35	34	33	32	31	71	72	73	74	75			

REFERENCIAL  
 x B...  
 = D...  
 o C...  
 y O...  
 TC Tratamiento  
 Pd Ed...  
 O...  
 PM...  
 P...  
 P...  
 Piezas...

Anamnesis		Datos del Profesional - Prestador	
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Cardíaco	<input type="checkbox"/> Adicciones	<input type="checkbox"/> Hipertensión
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> P.A.R.
Firma del Paciente		Firma del Profesional	

TRATAMIENTOS REALIZADOS						
Código	Piezas	Ubic.	Observaciones	Firma y Sello Profesional	Fecha	Centro

El tratamiento informado:  
 Yo presente autorizo al Dr/a ..... y/o asociados o ayudantes a realizar el tratamiento informado en la presente  
 he conversado con el profesional sobre la naturaleza y propósitos del tratamiento, sobre la posibilidad de complicaciones, los riesgos y posibles  
 a proveer los servicios o tratamientos adicionales que considere razonables, incluyendo la administración de anestesia local, prácticas de Rx, y otros  
 Si el paciente es menor de edad, o incapaz, una persona mayor debe firmar por él.

Firma Paciente:	Firma Profesional:
Observaciones	

Código	NOMENCLADOR 01-2020	TOTAL	CO- SEGUR O	A.M.E.B. P.B.A.
	<b>CAPITULO I – consultas</b>			
01.01	<i>Examen- Diagnóstico – fichado</i>	\$ 484	\$ ---	\$ 484
01.04	<i>Consulta de urgencia</i>	\$ 484	\$ ---	\$ 484
	<b>CAPITULO II –operatoria dental</b>			
02.00	<i>Obturación globalizada (con cualquier material de restauración utilizado)</i>	\$1.331	\$ 180	\$1.151
	<b>CAPITULO III- endodoncia</b>			
03.01	<i>Tratamiento de conducto unirradicular. Incluye rx</i>	\$2.101	\$ 180	\$1.921
03.02	<i>Tratamiento de conducto multirradicular. Incluye rx</i>	\$2.574	\$ 180	\$2.394
03.05	<i>Biopulpectomia parcial</i>	\$1.040	\$ 180	\$ 860
03.06	<i>Necropulpectomia parcial- momificación</i>	\$1.040	\$ 180	\$ 860
04.04.01	<i>Compostura simple</i>	\$1.480	\$ 180	\$1.300
04.04.02	<i>Compostura con agregado de dientes y retenedores</i>	\$1.770	\$ 180	\$1.590
04.04.10	<i>Rebasado de prótesis</i>	\$1.910	\$ 180	\$1.730
	<b>CAPITULO V – odontología preventiva</b>			
05.01	<i>Tartrectomia y cepillado mecánico</i>	\$ 660	\$ 180	\$ 480
05.02	<i>Consulta preventiva. Terapias fluoradas</i>	\$ 660	\$ 180	\$ 480
05.04	<i>Consulta preventiva. Detección de placa bacteriana y enseñanza de técnicas de higiene bucal</i>	\$ 660	\$ 180	\$ 480
05.05	<i>Sellantes de fosas y fisuras</i>	\$ 594	\$ 180	\$ 414
05.06	<i>Aplicación de cariostáticos en piezas dentarias permanentes</i>	\$ 594	\$ 180	\$ 414
	<b>CAPITULO VII- odontopediatría</b>			
07.01	<i>Motivación</i>	\$ 924	\$ 180	\$ 744
07.02	<i>Mantenedor de espacio fijo o removible</i>	\$2.780	\$ 180	\$2.600
07.03	<i>Reducción de luxación con inmovilización dentaria</i>	\$2.480	\$ 180	\$2.300
07.04	<i>Tratamiento de dientes temporarios</i>	\$1.067	\$ 180	\$ 887
07.06	<i>Reimplante dentario o inmovilización por luxación total</i>	\$2.780	\$ 180	\$2.600
07.07	<i>Protección pulpar directa</i>	\$ 410	\$ 180	\$ 230
	<b>CAPITULO VIII- periodoncia</b>			
08.01	<i>Consulta periodontal. Diagnóstico- pronóstico</i>	\$ 924	\$ 180	\$ 744

08.02	<i>Tratamiento de gingivitis marginal crónica.</i>	\$1.171	\$ 180	\$ 991
08.03	<i>Tratamiento de la enfermedad periodontal. Por sector, 6 sectores</i>	\$ 968	\$ 180	\$ 788
08.04	<i>Desgaste selectivo o armonización oclusal</i>	\$ 880	\$ 180	\$ 700
<b>Código</b>	<b>Nomenclador</b>	<b>TOTAL</b>	<b>COSEG URO</b>	<b>AMEBPBA</b>
	<b>CAPITULO IX-intraorales</b>			
09.01	<i>Radiografía periapical- técnica de cono corto y largo. Bite-wing</i>	\$ 308	\$ 180	\$ 128
09.02	<i>Radiografía oclusal</i>	\$ 440	\$ 180	\$ 260
09.03	<i>Radiografía dentales media seriada de 5 a 7 películas</i>	\$ 935	\$ 180	\$ 755
09.04	<i>Radiografía dentales seriada de 8 a 14 películas</i>	\$1.386	\$ 180	\$1.206
09.05	<i>Pantomografía o radiografía panorámica</i>	\$ 990	\$ 180	\$ 810
09.06	<i>Estudio cefalométrico</i>	\$ 990	\$ 180	\$ 810
	<b>CAPITULO X –cirugía</b>			
10.01	<i>Extracción dentaria</i>	\$ 858	\$ 180	\$ 678
10.02	<i>Plástica de comunicación bucosinusal</i>	\$1.078	\$ 180	\$ 898
10.03	<i>Biopsia por punción, aspiración o escisión</i>	\$1.474	\$ 180	\$1.294
10.04	<i>Alveolectomía estabilizadora</i>	\$ 682	\$ 180	\$ 502
10.05	<i>Reimplante dentario inmediato al traumatismo con inmovilización</i>	\$1.419	\$ 180	\$1.239
10.06	<i>Incisión y drenaje de abscesos</i>	\$ 649	\$ 180	\$ 469
10.08	<i>Extracción dentaria en retención mucosa</i>	\$1.628	\$ 180	\$1.448
10.09	<i>Extracción de dientes en retención ósea</i>	\$3.058	\$ 180	\$2.878
10.10	<i>Germectomía</i>	\$3.388	\$ 180	\$3.208
10.11	<i>Liberación de dientes retenidos</i>	\$1.804	\$ 180	\$1.624
10.13	<i>Tratamiento de osteomielitis</i>	\$2.101	\$ 180	\$1.921
10.14	<i>Extracción de cuerpo extraño</i>	\$1.628	\$ 180	\$1.448
10.15	<i>Alveolectomía correctiva</i>	\$ 682	\$ 180	\$ 502
10.16	<i>Frenectomía</i>	\$1.782	\$ 180	\$1.602
12.01	<i>Consulta de estomatología</i>	\$1.100	\$ 180	\$ 920

AMEBPBA 01-2020



**CIRCULO  
ODONTOLOGICO  
DE PERGAMINO**

Fundado el 27 de Julio de 1932  
Personería Jurídica N° 348/79  
Afilado a F.O.P.B.A.

**CAPITULO I - Consultas**

**01.01:** se puede facturar una vez al año. La ficha debe presentar el odontograma completo. En los meses siguientes sólo se asentarán los tratamientos realizados en el mes. Cuando se produzca una nueva patología no registrada (cód. 01.01) se deberá consignar en observaciones de la ficha los motivos que originaron los tratamientos.

**01.04:** Consulta de urgencia: se podrá facturar aclarando los motivos que justifiquen la práctica. **CAPITULO II - Operatoria Dental**

**CAPITULO II - Operatoria Dental**

**02.00:** Obturación globalizada (con cualquier material de restauración utilizado), simples, compuestas o complejas. Su garantía es de 2 años, durante este lapso no se podrá facturar ningún tipo de restauración en la misma pieza, si son efectuadas por el mismo profesional.

**CAPITULO III - Endodoncia**

**03.01 y 03.02:** se facturarán con Rx pre y postoperatoria. Cuando se realicen en piezas dentarias con ápices que no completaron su desarrollo se reconocerá su reobturación semestralmente y hasta un máximo de 3 intervenciones, facturándose el 100% del valor en la primera y el 50% en los restantes. La evidencia de falta de aislamiento absoluto será motivo de DEBITO.

**CAPITULO V - Odontología Preventiva**

**05.01:** se reconocerá una vez por año. El tratamiento periodontal no se podrá facturar hasta pasado un año de la facturación de este código.

**05.02:** incluye códigos 05.01 y 05.04. Se cubrirá hasta los 18 años, 1 vez por año.

**05.04:** Consulta preventiva. Detección control de placa bacteriana, y enseñanza de técnicas de higiene bucal.

**05.05:** se reconoce en menores de 13 años en molares permanentes y premolares, su garantía es de un año. No se reconocerá en piezas dentarias donde exista un tratamiento previo.

**05.06:** Aplicación de cariostáticos en piezas dentarias permanentes.

**CAPITULO VII - Odontopediatría**

**07.01:** se reconoce en menores de 10 años, sólo podrá factura acompañado por dos prácticas más.

**07.04:** con Rx postoperatoria y cuando el diente no esté en periodo de exfoliación normal.

**CAPITULO VIII - Periodoncia**

**08.01:** Incluye al cód. 0101, se factura con ficha odontológica e historia clínica periodontal.

**08.02:** Incluye 05.01., 05.02, 05.04 1 vez por año.

**08.03:** Tratamiento de periodontitis leve, moderada y destructiva por sectores (6 sectores). Se reconocerá con Rx preoperatoria e historia clínica periodontal Incluye al cód. 05.01. Su garantía es de dos años. Pasado un año se podrá facturar un código 05.01 como consulta de mantenimiento.

*[Handwritten signatures and stamps]*  
DRA. VALERIA SUZEL PERGAMINO  
DRA. LUCIANA REDONDO  
Gustavo Harmer  
ODONTOLÓGICO  
M.A.R.C.H.  
M.P. 606

---

## CAPITULO IX – Radiología

Serán reconocidas aquellas películas que reúnan el mínimo de condiciones técnicas (angulación, contraste, definición, etc.) la falta de ella será suficiente causa para no reconocer la práctica. Toda Rx deberá presentarse en sobre donde conste nombre y apellido del paciente del profesional y cantidad de Rx enviadas.

---

## CAPITULO X.- Cirugía

- 10.01:** Extracción dentaria.
- 10.02:** Plástica de comunicación bucosinusal.
- 10.03:** Biopsia por punción, escisión o aspiración
- 10.04:** Alveolectomía Estabilizadora. Por zona. Requiere Rx. Preoperatoria.
- 10.09, 10.10, 10.11 y 10.14:** con Rx pre y postoperatoria.



### Prótesis

- El profesional tratante deberá solicitar autorización completando el formulario correspondiente y enviarlo por e-mail [amebpba@movident.com.ar](mailto:amebpba@movident.com.ar). una vez recibida la autorización, profesional deberá enviar una copia de la ficha odontológica informando la iniciación del tratamiento (fecha y firma de conformidad del paciente) y facturar el 40% autorizado para su liquidación dentro de los 30 días de su presentación. Una vez informada la finalización del tratamiento se abonara el 60% restante dentro de los 30 días de su presentación.

**CIRCULO ODONTOLOGICO DE PERGAMINO**  
 Fundado el 27 de Julio de 1932  
 Persona Jurídica N° 348/79  
 Afiliado a F.O.P.B.A.

### ARANCELES DE PROTESIS DENTAL CON AUTORIZACION:

### Prótesis con autorización A.M.E.B.P.B.A.

**CIRCULO ODONTOLOGICO DE PERGAMINO**  
 Fundado el 27 de Julio de 1932  
 Persona Jurídica N° 348/79  
 Afiliado a F.O.P.B.A.

Código	Descripción	Valor total
04.01.08	Perno muñón simple	\$ 2.760
04.01.09	Perno muñón seccionado	\$ 3.600
04.01.13	Corona de porcelana sobre metal	\$ 9.600
04.02.01	Prótesis parcial de acrílico hasta 4 dientes	\$ 6.240
04.02.02	Prótesis parcial de acrílico de 5 o más dientes	\$ 7800
04.02.03	Prótesis de cromo cobalto de hasta 4 dientes	\$ 10.200
04.02.04	Prótesis de cromo cobalto de 5 o más dientes	\$ 12.000
04.03.01	Completa superior	\$ 9.600
04.03.02	Completa inferior	\$ 9.600
04.03.03	Prótesis de acrílico de inmediata	\$ 6.240
04.04.12	Placa miorrelajante	\$ 3.840

--	--	--

### NORMAS PARTICULARES PROTESIS

- **04.01.08/04.01.09 PERNOS:** periodos de carencia 4 años (por pieza).
- **04.01.13 CORONA DE PORCELANA SOBRE METAL:** período de carencia 4 años (por pieza).
- **04.02.01 PROTESIS REMOVIBLE DE ACRILICO HASTA 4 DIENTES:** período de carencia 3 años (por aparato).
- **04.02.02 PROTESIS REMOVIBLE DE ACRILICO 5 O MAS DIENTES:** período de carencia 3 años (por aparato).
- **04.02.03/04.02.04 CROMO-COBALTO** periodo de carencia 4 años (por aparato).
- **04.03.01 PROTESIS COMPLETA SUPERIOR:** período de carencia 3 años (por aparato).

- **04.03.02 PROTESIS COMPLETA INFERIOR:** período de carencia 3 años (por aparato).
- **04.03.03 PROTESIS REMOVIBLE DE ACRILICO INMEDIATA:** la prótesis definitiva se podrá realizar a partir de los 6 meses de realizada las exodoncias.
- **04.04.12 PLACA MIORRELAJANTE:** período de carencia 2 años (por aparato)