

Autorización de tratamiento



Av. Córdoba 1345, piso 5°
Teléfono (+54 11) 4815-0747

Autorización N° _____ Fecha: ____ / ____ / ____
 Prestador: _____ N° _____
 Paciente: _____
 Afiliado N°: _____ Plan: _____

Código	Cant.	Descripción		N° de piezas	A cargo William Hope	A cargo afiliado
04.01.02		Incrustaciones	Adjuntar R.X.			
04.01.04		Corona Colada	Adjuntar R.X. Post Endodoncia			
04.01.05		Corona Colada con Frente				
04.01.08		Perno Muñón Colado Simple				
04.01.09		Perno Muñón Seleccionado				
04.01.10		Tramo de Puente Colado				
04.01.11		Corona de Acrílico				
04.01.12		Corona Provisoria				
04.01.14		Tramo Puente Porcelana				
04.01.15		Attache				
04.01.50		Corona de Porcelana sobre Metal				
04.02.01		Parcial de Acrílico (hasta 4 dientes)				
04.02.02		Parcial de Acrílico (hasta 5 dientes)				
04.02.03		Armazón Colado (hasta 4 dientes)				
04.02.04		Armazón Colado (más de 5 dientes)				
04.02.05		Parcial Inmediata				
04.02.07		Flexible Acrílico (hasta 4 dientes)				
04.02.08		Flexible Acrílico (más de 5 dientes)				
04.02.11		Flexible estructura Colada (hasta 4 dientes)				
04.02.12		Flexible estructura Colada (más de 5 dientes)				
04.03.01		Completa Superior				
04.03.02		Completa Inferior				
04.03.03		Completa Inmediata				
08.03		Enfermedad Periodontal	Adjuntar R.X.			
08.06		Placa Miorrelajante				
08.07.01		Placa Descanso Oclusal (termoformada)				
TOTALES					\$	\$

Firma y Sello Profesional Solicitante:

Conformidad Afiliado:

Fecha - Firma y Sello Auditor Odontológico William Hope

Motivo de Rechazo:

