CMD
La Mutual del SADOP - PBA

ANEXO II - PROCEDIMIENTO D 13 - PLANILLA DE AUTORIZACIÓN DE PRÓTESIS ODONTOLÓGICAS

Delegación: _____ **Fecha:** _____/_____/_____

Nombre y apellido del paciente: _____ **Nº de af.:** _____/_____

Nombre y apellido del titular: _____

MARCAR SEGÚN REFERENCIAS

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	
DERECHA	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	IZQUIERDA

REFERENCIAS

Marcar con azul las prestaciones requerida

Corona a realizar

Prótesis removible parcial

Prótesis removible total

En prótesis fijas acompañar a la solicitud para autorizar el tratamiento Rx de la pieza a tratar y al finalizar Rx del tratamiento realizado.

PRÁCTICAS SOLICITADAS A AUTORIZAR

Código	Pieza	Tratamiento a realizar	Importe
			$
			$
			$
			$
			$
			$
		Total Presupuestado	$

Son pesos _____

_____
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

TRATAMIENTO FINALIZADO **FECHA:** | | | |

_____ _____
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL **FIRMA Y ACLARACION DEL AFILIADO**

RESERVADO CMD	**RESERVADO AUDITORIA ODONTOLÓGICA**
IMPORTE AUTORIZADO: _____ FECHA:	**AUDITORIA FINAL**
Son pesos _____	FECHA:
_____ _____	_____
CONTROLÓ **AUTORIZÓ**	**Firma y Sello**

					1er 50%	2do 50%	Observaciones:
Formulación de pedido			Carga	Sistema:			
Carencia:				Excel:			
Cuotas al día				OP:			
Informado deleg.:		Fecha:		CH:			