



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PRÓTESIS

(A completar por el profesional tratante con letra legible)

Prótesis Fijas, Removibles y Placas (cod.08.06) 50% cargo Afiliado

Datos del Tratamiento a autorizar

CÓDIGO	PIEZA/MAXIL	OBSERVACIONES

Costo total: \$

Cargo Amebpbpa: \$

Cargo Afiliado: \$ *Con pago directo al profesional*

Datos del profesional

Apellido y Nombre	N° Matrícula	N° Documento	Teléfono
Marcar entidad que lo nuclea <input type="checkbox"/> FOPBA <input type="checkbox"/> SOLP <input type="checkbox"/> MOVIDENT <input type="checkbox"/> Otros			

Firma y Sello Profesional Tratante	Fecha

Datos del paciente

Apellido y Nombre	N° Beneficiario	N° Documento

Domicilio	Localidad	Provincia	Teléfono

Tomo conocimiento y conformidad que, **deberé abonar el 50% del costo total** en consultorio al profesional actuante.

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