

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____ BENEFICIARIO Nº _____

DOCUMENTO Nº _____ PARENTESCO _____ EDAD _____

TITULAR _____ DOCUMENTO Nº _____

DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____ TELEFONO _____

ODONTOLOGO _____ MATRICULA _____

DOMICILIO _____ TELEFONO _____

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 24 26 27 28	REFERENCIAS COLOR ROJO: Prestaciones existentes COLOR AZUL: Prestaciones requeridas X Diente ausente o a extraer <input type="checkbox"/> PROTESIS FIJA <input type="checkbox"/> PROTESIS REMOVIBLE <input type="checkbox"/> CORONAS CANTIDAD DE DIENTES EXISTENTES <input type="text"/>
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	Izquierda 71 72 73 74 75	

NO LLENAR

Autorizado Auditoría Odontóloga
Obra Social

Reservado Obra Social	
A cargo afiliado	Pago de prestación

Fecha terminación del tratamiento:

Cantidad RX adjuntas
<input type="text"/>

Firma Afiliado

Sello y Firma Profesional

OBSERVACIONES: _____

