



FORMULARIO DE PROTESIS

Odontología Personalizada S.A.

PACIENTE		Nº de socio	Nº de O.S	Número del carnet			Parentesco
Apellido		Nombres					
Domicilio, Calle		Nº	Piso	Dpto	C.P.		
Localidad	Teléfono	Fecha de Nacimiento					
ODONTOLOGO		Nº de Matrícula Nacional					
Apellido		Nombres					
Fecha de Inicio del Tratamiento:		de	de				

TRABAJOS A REALIZAR

Cod. Nom.	Descripción	A/C del Paciente	A/C de OPSA	S/Total
Total	Son \$			\$

A cargo del paciente: \$ _____

Firma y Sello del Profesional

Firma del paciente

AUTORIZADO en OPSA el:

Firma y Sello del Auditor

FECHA DE TERMINACIÓN DEL TRABAJO:

Firma del Paciente



FORMULARIO DE PROTESIS

Odontología Personalizada S.A.

Buenos Aires,dede

Mediante la presente tomo conocimiento de que la Obra Social provee tratamientos odontológicos gratuitos (excepto Prótesis, Ortodoncia y Obturaciones con Fotocurado).

Cualquier cargo económico que me sea requerido por mejoras de materiales, técnicas especiales, etc... debe ser expresamente autorizado por mí, y conformado con mi firma, habiendo recibido las informaciones previas, que me brinda el odontólogo tratante.

Ante dudas o disconformidad debo comunicarme con la Auditoría odontológica de OPSA (4393-2836) o de OSTEE (4361-7086), las cuales me asesorarán sobre los costos correspondientes a las eventuales modificaciones de material, técnicas, etc...

Acepto las modificaciones propuestas

Firma

Aclaración

N° de Afiliado

Documento