

LIQUIDACIÓN DE REINTEGRO ODONTOLÓGICO

Fojas _____ Exp. N° _____ Año _____

Fecha de entrada _____

Liquidación correspondiente al reintegro solicitado por el afiliado N° _____

Apellido y nombres / _____

Domicilio / _____

Delegación / _____ Región _____

DETALLE DE PRÁCTICAS ODONTOLÓGICAS

Detalle de práctica	Importe
PROTESIS	
Placa Neuromiorrelajante	\$
Completa superior	\$
Completa inferior	\$
Parcial removible superior	\$
Parcial removible inferior	\$
Fija	\$
Compostura	\$
Otros	\$
ORTODONCIA	
Tratamiento completo	\$
Cuotas	\$
Estudios complementarios	\$
Otros	\$
PERIDONCIA	
Tratamiento completo	\$
Por sector	\$
Cirugía	\$
Otros	\$
CIRUGÍA	
Dentomaxilar	\$
Bucomaxilofacial	\$
Material de osteosíntesis	\$
Otros	\$
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS	
Radiografías	\$
T.A.C.	\$
Otros	\$
	\$
OBSERVACIONES	
TOTAL A REINTEGRAR	
	\$

Afiliado atendido / _____ Trámite N° _____

Acta N° _____ Importe total otorgado: _____ Disposición N° _____

Profesional actuante: _____ Matrícula: _____

NOTA: del importe otorgado, sólo se reintegra lo liquidado en este formulario