

FORMULARIO DE REINTEGRO DE PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS

AFILIADO N°

NOMBRE Y APELLIDO :

TELÉFONO DE CONTACTO:.....

PROFESIONAL INTERVINIENTE:.....

MATRICULA N°:

FACTURA ANEXA N° FECHA

MONTO: \$.....

DETALLE PRESTACIÓN EFECTUADA: (marcar lo que corresponda)

- 10100 Exámen, Diagnóstico, Fichado y Plan de Tratamiento
- 30100 Tratamiento inflamatorio Pulpar - Biopul
- 30200 Tratamiento inflamatorio Pulpar - Biopul
- 90101 Periapical; técnicas de cono corto o
- 100100 Extracción Dentaria