



AUTORIZACIÓN

TRATAMIENTOS DE PRÓTESIS

AFILIADOS AMEBPBA

Nº Expediente	
Fecha	

Apellido y Nombre	
Nº de Afiliado	

Códigos Autorizados		
Código	Pieza/Maxilar	Importe
Total		
Cargo Amebpbpa		

PROFESIONAL TRATANTE

Apellido y Nombre	
Matrícula	
Círculo o Entidad	

Para el cobro del **50% del costo total**, deberá enviar copia de ficha odontológica con fecha de finalización del tratamiento y firma del paciente dando su aceptación y conformidad del tratamiento, adjuntando además RX pre y post prestación.

Códigos Rechazados		
Código	Pieza/Maxilar	Motivo del Rechazo

Auditoría Odontológica