

Nº 0033600



(Marcar con una cruz)

Obra Social

APSOT C.M. DELLA PAOLERA 299 4° Piso
(A1001ADA) Cap. Fed. CUIT: 30-56430406-5
R.N.O.S. N° 4-0230

FSST C.M. DELLA PAOLERA 299 4° Piso
(A1001ADA) Cap. Fed. CUIT: 30-63763030-6

DNI: _____

BENEFICIARIO Apellido y Nombre

Nº de Afiliado

Edac

Ficha Testigo

Fecha Terminación

PROFESIONAL

Matrícula

CUIT

DERECHA

IZQUIERDA

REFERENCIAS

1

8 7 6 5 4 3 2 1

4

5

8

5 4 3 2 1

1 2 3 4 5

6

7

Cantidad de piezas existentes

Caries curables	0
Extracción	=
Diente ausente	X
Obturación	/
Paradentosis	Pd
Corona	O
Perno Muñón	PM
Incrustación	I
P. Fija	
P. Removable	
Ortodoncia	~

Rojo: tratamientos anteriores. - **Azul:** afecciones en tratamiento.

Deberá anotarse, en color rojo, la totalidad de la información referida al estado de la boca del paciente en el momento de efectuarse la consulta, y en color azul el tratamiento propuesto, explicitando más abajo en sucesivos renglones el trabajo a realizar.

PRESTACION

[illegible]

La conformidad prestada en la última columna tiene carácter de Declaración Jurada de que el servicio fue realizado en la fecha indicada y deberá venir expresada con la firma del beneficiario renglón por renglón sin utilizarse firmas inclinadas ni comprender varias prestaciones con una llave. Todos los demás datos deben ser llenados por el profesional.

Al dorso normas referentes a la liquidación de facturas directas a la Obra Social y para reintegros a los afiliados.