

PARA AUTORIZACIÓN POR SERVICIOS SOCIALES - UNNE**SR. PROFESIONAL:**

A efectos de emitir correctamente la correspondiente orden odontológica, tenga la amabilidad de colocar la cantidad de códigos del tratamiento a realizar y datos completos del afiliado.

BENEFICIARIO **DNI N°** **FECHA** / /**TITULAR:** **DNI N°** **Código Autorización****DOMICILIO** **TELEFONO****Capítulo I – Consultas**

70.01.01 X.....

Capítulo II Operatoria dental:

70.02.08 X.....

70.02.09 X.....

70.09.24 X.....

70.09.25 X.....

70.03.01 X.....

70.03.02 X.....

70.03.05 X.....

Capítulo V Odontología Preventiva:

70.05.01 X.....

70.05.02 X.....

70.05.04 X.....

70.05.05 X.....

Capítulo VII Odontopediatría:

70.07.04 X.....

Capítulo X Cirugía Bucal:

70.10.01 X.....

70.10.06 X.....

70.10.09 X.....

70.10.11 X.....

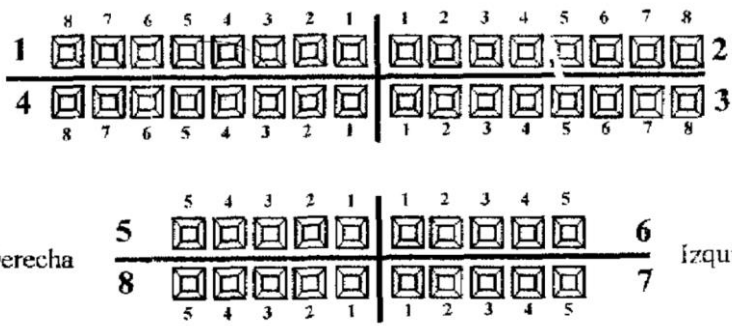
Capítulo IX Radiología:

70.09.11 X.....

70.09.27 X.....

Capítulo III Endodoncia:.....
Firma y sello del Profesional.....
Firma del Afiliado

Sr. Prestador: Para la autorización deberá **cumplimentar** con el **Odontograma**.

		<p style="text-align: center;">REFERENCIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> X Diente Ausente. ● Restauraciones. ○ Coronas. ▲ Pernos Muñones ≡ Tramos - Puentes. I Prótesis remov. ⊥ Endodencias P Periodoncias ~ Ortodoncia. Cantidad de dientes <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-left: 20px;"></div>
Derecha	Izquierda	