



## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE **ORTOPEDIA/ORTODONCIA**

(A completar por el profesional tratante con letra legible)

Ortopedia y Ortodoncia 30% cargo Afiliado

### Datos del Tratamiento a autorizar

CÓDIGO	PIEZA/MAXIL	OBSERVACIONES

Costo total: \$  Cargo Amebpbpa: \$

Cargo Afiliado: \$  *Con pago directo al profesional*

### Datos del profesional

Apellido y Nombre	N° Matrícula	N° Documento	Teléfono

Marcar entidad que lo nuclea  FOPBA  SOLP  MOVIDENT  Otros

Firma y Sello Profesional Tratante	Fecha

### Datos del paciente

Apellido y Nombre	N° Beneficiario	N° Documento

Domicilio	Localidad	Provincia	Teléfono

Tomo conocimiento y conformidad que, en el tratamiento de ortopedia u ortodoncia de mi a cargo, **deberé abonar el 30% del costo total** en consultorio al profesional actuante.

Me comprometo a concurrir a realizar el tratamiento solicitado. En caso de desistir a su realización por causas de fuerza mayor, deberé comunicarlo a AMEBPBA y al odontólogo/a.

Firma del Paciente