

## LIQUIDACIÓN DE REINTEGRO ODONTOLÓGICO

Fojas \_\_\_\_\_ Exp. N° \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Fecha de entrada \_\_\_\_\_

Liquidación correspondiente al reintegro solicitado por el afiliado N° \_\_\_\_\_

Apellido y nombres / \_\_\_\_\_

Domicilio / \_\_\_\_\_

Delegación / \_\_\_\_\_ Región \_\_\_\_\_

### DETALLE DE PRÁCTICAS ODONTOLÓGICAS

Detalle de práctica	Importe
<b>PROTESIS</b>	
Placa Neuromiorrelajante	\$
Completa superior	\$
Completa inferior	\$
Parcial removible superior	\$
Parcial removible inferior	\$
Fija	\$
Compostura	\$
Otros	\$
<b>ORTODONCIA</b>	
Tratamiento completo	\$
Cuotas	\$
Estudios complementarios	\$
Otros	\$
<b>PERIODONCIA</b>	
Tratamiento completo	\$
Por sector	\$
Cirugía	\$
Otros	\$
<b>CIRUGÍA</b>	
Dentomaxilar	\$
Bucomaxilofacial	\$
Material de osteosíntesis	\$
Otros	\$
<b>ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS</b>	
Radiografías	\$
T.A.C.	\$
Otros	\$
	\$
<b>OBSERVACIONES</b>	
<b>TOTAL A REINTEGRAR</b>	<b>\$</b>

Afiliado atendido / \_\_\_\_\_ Trámite N° \_\_\_\_\_

Acta N° \_\_\_\_\_ Importe total otorgado: \_\_\_\_\_ Disposición N° \_\_\_\_\_

Profesional actuante: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

NOTA: del importe otorgado, sólo se reintegra lo liquidado en este formulario