

Prótesis Odontológica

Indicar las piezas a reemplazar o tratar

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

ACUERDO DE PRÓTESIS..... FECHA...../...../.....

NOMBRES Y APELLIDO..... N° DE AFILIADO.....

DOMICILIO..... NRO..... PISO..... DTO.... TEL.....

CÓDIGO DE PRESTADOR..... CÓDIGO DE SUBPRESTADOR.....

Código	Tratamiento por pieza y/o cara (s)	Arancel Odontológico	A Cargo IOSFA	A Cargo Asociado

TOTALES.....

.....
Conformidad del paciente

.....
Firma y Sello del Profesional

En fecha...../...../..... Se extiende la autorización para iniciar el tratamiento detallado. Valido por el término de 30 días.

.....
Autoridad/Autorizante/Delegación/Gestoría IOSFA

- 1) Las Prestaciones contempladas en el capítulo IV del Nomenclador vigente, serán cubiertas por IOSFA en base a los Aranceles fijados por la Obra Social para el subsidio de la Prótesis.
- 2) Sin excepción las Prestaciones requerirán la previa autorización de IOSFA por medio del “Acuerdo de Prótesis” confeccionado por el odontólogo elegido por el paciente.
- 3) El paciente deberá exigir el recibo oficial que cumpla con la legislación vigente, con la aclaración de la prestación recibida, diente/s o sector tratados, códigos, costos y porcentaje recibido.
- 4) Si se suscitara algún inconveniente y/o controversia con la prestación convenida, el Profesional actuante deberá corregirla o bien realizarla nuevamente.
El paciente deberá adecuarse a la corrección y/o nueva confección de la prótesis no pudiendo abandonar la instancia en la que se hace efectiva. No obstante deberá informarse a la Auditoría Odontología en caso de persistir el inconveniente.
- 5) Una vez concluida la prestación, para su pago deberá enviarse estos acuerdos, debidamente conformado y con las radiografías correspondientes a pernos, coronas, etc.

En fecha...../...../..... Se procedió a la colocación de la prótesis o aparatología de conformidad.

.....
Firma del Afiliado

Aclaración.....
Afiliado N°.....
Tipo y N° de Documento.....