

# Autorización de tratamiento



Av. Córdoba 1345, piso 5°  
Teléfono (+54 11) 4815-0747

Autorización N° \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Prestador: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Paciente: \_\_\_\_\_  
Afiliado N°: \_\_\_\_\_ Plan: \_\_\_\_\_

## Convenio por Federación Odontológica de Mendoza

Código	Cant.	Descripción	N° de piezas	A cargo William Hope	A cargo afiliado
08.03		Tratamiento de periodontitis leve <b>Adjuntar Rx y ficha periodontal</b>			
08.04		Tratamiento de periodontitis severa <b>Adjuntar Rx y ficha periodontal</b>			
08.06		Placa Miorrelajante /Bruxismo			
			<b>TOTALES</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Profesional Solicitante:

\_\_\_\_\_  
Conformidad Afiliado:

\_\_\_\_\_  
Fecha - Firma y Sello Auditor Odontológico William Hope

**Motivo de Rechazo:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_