



*Corte Suprema de Justicia de la Nación
Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

IMPLANTES DENTALES

Apellido y Nombre: _____ Prestador: _____
Domicilio: _____ Numero de Afiliado: _____ /
Localidad: _____ Teléfono: _____
Provincia: _____ Edad: _____
DNI: _____

Derecha								Izquierda							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Implantes a realizar:

Levantamiento de piso: _____ Hueso: _____ Membrana: _____

Detallar plan de
tratamiento:

Panorámica: _____ TAC: _____

Firma afiliado

Firma y sello del profesional

Autorización 1° etapa: / /



*Corte Suprema de Justicia de la Nación
Obra Social del Poder Judicial de la Nación*

FACTURACIÓN

Fecha de colocación de implante/s: / /

Troqueles
pegar aquí
↓

Implantes realizados:

Estado implantes

(90 días) detallar:

2° ETAPA: SUPRAESTRUCTURA PRÓTESIS (señalar elementos a realizar)

Derecha								Izquierda							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Troqueles
pegar aquí
↓

Coronas provisorias:

Pernos/Tornillos:

Coronas definitivas:

Tramos de puente:

Prótesis Completa:

Otros:

Firma afiliado

Firma y sello del profesional

Autorización 2° etapa: / /