

PRE-AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DENTAL

Contratante: _____ Póliza N° _____ Certificado N° _____

DATOS DEL ASEGURADO

ASEGURADO

Nombre del asegurado: _____
 Nombre del dependiente (si aplica): _____
 Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Sexo: F M
 Nombre del médico tratante Dr.(a): _____
 Fecha tentativa de inicio de la enfermedad: _____

PRESUPUESTO

Diente Número	Superficie	Descripción del servicio	Precio

Observaciones: _____

 Firma y sello del médico tratante

 Lugar y fecha