ECONOMICAS SALUD
INFORME COBERTURA EN TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

Fecha: _____

Datos del afiliado paciente

Nombre y Apellido: _____ **Nº afiliado:** _____

Plan: _____ **Tope Odontológico disponible (auditoría):** *USO INTERNO*

Datos del odontólogo

Nombre y Apellido: _____ **Nº de matrícula:** _____

Domicilio de atención: _____

Tratamiento odontológico

■ **Los campos sombreados (Tope Odontológico disponible, Valor Cobertura y Fuera de cobertura) son de uso exclusivo de Económicas Salud. Por favor, no los complete.**

Práctica	Pieza dentaria	Valor presupuestado	*Valor Cobertura USO INTERNO*	*Fuera de cobertura USO INTERNO*
			USO INTERNO	*USO INTERNO*
			USO INTERNO	*USO INTERNO*
			USO INTERNO	*USO INTERNO*
			USO INTERNO	*USO INTERNO*
			USO INTERNO	*USO INTERNO*
			USO INTERNO	*USO INTERNO*
			USO INTERNO	*USO INTERNO*
			USO INTERNO	*USO INTERNO*
			USO INTERNO	*USO INTERNO*
			USO INTERNO	*USO INTERNO*
			USO INTERNO	*USO INTERNO*
			USO INTERNO	*USO INTERNO*
			USO INTERNO	*USO INTERNO*
			USO INTERNO	*USO INTERNO*
			USO INTERNO	*USO INTERNO*

Nota: si solicita un Préstamo Salud, por favor adjunte este informe.