



SEMPRE

Servicio Médico Previsional
Instituto de Seguridad Social
Provincia de La Pampa

“El Río Atuel también es Pampeano”

AFILIADO N° : **FECHA DE NACIMIENTO :** **DÍA** **MES** **AÑO**

APELLIDO Y NOMBRE :

TIPO Y N° DE DOCUMENTO : **LOCALIDAD :**

TELÉFONO CELULAR N° : **MAIL :** @

(característica + numero)

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
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
DERECHA	IZQUIERDA
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75

REFERENCIAS

- COLOR ROJO: Prestaciones existentes
- COLOR AZUL: Prestaciones requeridas
- CARIES •
- A EXTRAER =
- DIENTE AUSENTE X
- PARADENTOSIS PD
- PRÓTESIS FIJA
- PRÓTESIS REMOVIBLE
- PIEZA A RADIOGRAFIAR RX
- INCRUSTACIÓN |
- PIEZAS EXISTENTES

SEÑOR PROFESIONAL:

Solicite al afiliado la presentación de la credencial y el documento de identidad. Será obligatorio actualizar estado buco-dental en el odontograma cada vez que se presente el cód.01.01.01 (examen diagnostico). Omitir el mismo dará lugar a la devolución de las prestaciones realizadas.

IMPORTANTE:

Es necesario que se complete la información de esta planilla y se consignen correctamente los datos afiliatorios tal como figuran en la credencial. En toda planilla que se presente con errores o falta de documentación se procederá a debitar da la misma el importe correspondiente a dicho trabajo.

IMPORTANTE:

Verificar que el casillero A/C afiliado esté completo, el importe consignado corresponde al monto que Ud. debe abonar. Los capítulos de prótesis y ortodoncia serán presupuestados previamente por el profesional tratante, como así también cualquier otra diferencia que surja de la atención.

Fecha	Código	Pieza	Cara							Generales		Observaciones	Firma Afiliado
			O	M	D	L	P	V	I	A/C Obra Social	A/C Afiliado		
TOTAL													

PROTESIS Y ORTODONCIA

Fecha	CODIGO	A/C SEMPRE	A/CAfiliado	Observaciones	Firma Afiliado
TOTAL					

.....
Firma y Sello del Profesional

.....
Aclaración y N° de Documento del firmante

.....
Relación con Paciente