

**NOTA DE HONORARIOS ODONTOLÓGICOS**

que deberá enviarse a la Oficina de Liquidación correspondiente del Régimen Común del Seguro de Enfermedad (RCSE)  
con una solicitud de reembolso

**Datos que OBLIGATORIAMENTE deberá cumplimentar el afiliado:**

Nombre y apellidos del afiliado:..... Nº Personal / de Pensionista:.....  
Institución y lugar de destino:.....Dirección administrativa: ..... Tel.:.....  
Dirección privada (para los pensionistas):.....  
Fecha de cese en las funciones / fecha de extinción del contrato:..... (para los agentes temporales o contractuales)

**Persona destinataria de las prestaciones:**  afiliado  cónyuge o pareja de hecho reconocida  hijo  persona asimilada a un hijo a cargo

Nombre y apellidos:..... Fecha de nacimiento:.....

Plan de los trabajos realizados	(Parte reservada al dentista)	Honorarios	Código RCSE	
<p style="text-align: center;"><b>ODONTOGRAMA OBLIGATORIO</b></p> <p style="text-align: center;">Izda. ----- Dcha.</p> <p style="text-align: center;">SUP 18 - 17 - 16 - 15 - 14 - 13 - 12 - 11   21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28</p> <p style="text-align: center;">INF 48 - 47 - 46 - 45 - 44 - 43 - 42 - 41   31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38</p>	<p><b>CUIDADOS Y TRATAMIENTOS PREVENTIVOS</b> (indíquense los números de los dientes)</p> <p>Consulta ..... 310</p> <p>Radiografía endobucal ..... 310</p> <p>Radiografía panorámica y telerradiografía..... 310</p> <p>Fluorización dental ..... 310</p> <p>Sellado de orificios y fisuras ..... 310</p> <p>Tartrectomía ..... 310</p> <p>Obturación coronaria ..... 310</p> <p>Reconstrucción, muñón artificial (con tornillo o perno), inlays y facetas de resina.... 310</p> <p>Endodoncia y obturación radicular..... 310</p> <p>Extracción normal, incisión del absceso, esquillectomía ..... 310</p> <p>Extracción quirúrgica, diente incluido, apectomía, amputación radicular, frenectomía ..... 310</p> <p>Anestesia local o regional ..... 310</p> <p>Otros (especifíquense) ..... 310</p> <p><b>PARADONCIA</b> (tratamiento y zonas; adjúntese nota explicativa) ..... 313</p> <p><b>OCCLUSODONCIA</b> (tratamiento y zonas; adjúntese nota explicativa) ..... 315</p> <p>Férula de descarga (excepto férula de blanqueamiento) ..... 315</p> <p><b>PRÓTESIS</b> (indíquense los números de los dientes) ..... 320</p> <p><b>PRÓTESIS FIJAS</b> (odontograma y radiografía obligatorios):</p> <p>Incrustaciones (inlays) de oro o cerámica, muñón artificial colado ..... 320</p> <p>Corona colada, cofia telescópica, corona o elemento cerometálico, faceta de cerámica ..... 321</p> <p>Fijación (Barra Dolder: por pilar) ..... 322</p> <p>Corona o pónico provisionales ..... 323</p> <p>Desmontaje o reposición de elementos fijos (*), por elemento ..... 324</p> <p>Reparación de coronas o elementos de puente (*), por elemento ..... 325</p> <p><b>PRÓTESIS REMOVIBLES</b> (odontograma obligatorio):</p> <p>Placa base de resina ..... 330</p> <p>Diente o gancho sobre base de resina ..... 331</p> <p>Prótesis completa superior o inferior ..... 332</p> <p>Placa base de resina provisional ..... 333</p> <p>Diente o gancho sobre base de resina ..... 334</p> <p>Placa metálica colada (con los ganchos) ..... 335</p> <p>Diente sobre placa metálica (diez como máximo) ..... 336</p> <p>Reparación de una base de resina, adición (sustitución) de un diente o de un gancho sobre base de resina o metálica ..... 337</p> <p>Cambio de base (parcial o completo/placa de resina o metálica) ..... 338</p> <p><b>IMPLANTOLOGÍA</b> (odontograma y radiografía obligatorios):</p> <p>Estudio previo ..... (**)</p> <p>Autoinjerto óseo con trozos de hueso de una zona del cuerpo distinta de la boca .... 350</p> <p>Material colocado: <i>implante, pilar («abutment»), membrana y material estéril desechable...</i> ..... (**)</p> <p>Anestésias locales ..... (**)</p> <p>Acto quirúrgico ..... (**)</p> <p>Búsqueda y descubrimiento de la cabeza del implante ..... (**)</p> <p>Otros (especifíquense) ..... (**)</p>			
	Visto bueno del dentista asesor de la UE			
		<p>(*) <i>excepto las coronas y elementos provisionales</i></p> <p>(**) <i>Códigos que deberá indicar el dentista asesor del RCSE:</i> 341 - 342 - 343 - 344 / 351 - 352 - 353 - 354</p>		
	Sello del dentista con nº de teléfono y país (obligatorio)	Total de los honorarios :..... (especifíquense la divisa y el país)		
		Certifico que, entre (fecha) ..... y (fecha) ..... realicé las curas o prótesis arriba indicadas, por las que recibí los honorarios correspondientes		
		Firma :.....		

La Oficina de Liquidación sólo reembolsará estos gastos si se cumplen todas las disposiciones reglamentarias.