

PRESUPUESTO
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PREVIA AL TRATAMIENTO

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

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 propuestos	(Parte reservada al dentista)	Honorarios estimados	Código RCSE	
<p>ODONTOGRAMA OBLIGATORIO</p> <p>SUP</p> <p>18 - 17 - 16 - 15 - 14 - 13 - 12 - 11 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28</p> <p>Dcha. ----- Izda. -----</p> <p>48 - 47 - 46 - 45 - 44 - 43 - 42 - 41 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38</p> <p>INF</p>	<p><u>CUIDADOS Y TRATAMIENTOS PREVENTIVOS</u> (indíquense los N^{os} de los dientes) <u>CUMPLIMENTAR SOLO EN EL CASO DE PRÓTESIS O IMPLANTOLOGÍA</u></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><u>PARADONCIA</u> (tratamiento y zonas; adjúntese nota explicativa) 313</p> <p><u>OCLUSODONCIA</u> (tratamiento y zonas; adjúntese nota explicativa) 315</p> <p>Férula de descarga (excepto férula de blanqueamiento) 315</p>			
	<p><u>PRÓTESIS</u> (indíquense los números de los dientes) <u>PRÓTESIS FIJAS</u> (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><u>PRÓTESIS REMOVIBLES</u> (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>Reservado al dentista asesor de la UE</p> <p>Fecha:.....</p> <p>Visto Bueno:</p>	<p><u>IMPLANTOLOGÍA</u> (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> <p>(* excepto las coronas y elementos provisionales (**) Códigos que deberá indicar el dentista asesor del RCSE: 341 - 342 - 343 - 344 / 351 - 352 - 353 - 354</p>		
	<p>Firma del afiliado</p> <p>Fecha:.....</p>	<p>Sello de dentista con nº de teléfono y país (obligatorio)</p> <p>Fecha : Firma:</p>	<p>Total de los honorarios estimados :..... (especifíquese la divisa y el país)</p> <p>En caso de cobertura complementaria, adjúntese copia del presupuesto del régimen primario o de la carta en la que se justifica la denegación de las prestaciones</p>	

La aprobación de este presupuesto sólo compromete a la Oficina de Liquidación si se cumplen todas las disposiciones reglamentarias