

**PRESUPUESTO DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO  
SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PREVIA AL TRATAMIENTO**

Este formulario deberá enviarse a la Oficina de Liquidación correspondiente

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

Nombre y apellidos del afiliado/a: ..... N° Personal/de Pensionista:.....  
Institución y lugar de destino:..... Dirección administrativa..... Tel.:.....  
Dirección privada (para los pensionistas):.....  
Fecha de cese en las funciones / fecha de fin de contrato:.....(para los agentes temporales o contractuales)

**Persona destinataria del tratamiento:**

afiliado/a     cónyuge o pareja de hecho reconocida     hijo/a     persona asimilada a un hijo a cargo  
Nombre y apellidos:..... Fecha de nacimiento:..... (\*)

Fecha..... Firma del afiliado.....

(\*) El tratamiento debe empezar antes de la edad de 18 años

**PROPUESTA DE TRATAMIENTO ORTODÓNTICO  
FORMULARIO QUE DEBE RELLENAR EL ORTODONCISTA**

**Ortodoncista que presta el tratamiento**  
(nombre y apellidos/dirección/país - información obligatoria):

.....  
.....  
.....  
.....

Teléfono: .....

Sello del **Ortodoncista:**

Fecha ..... Firma.....

**Duración probable del tratamiento**  
(nombre y apellidos/dirección/país - información obligatoria):

.....  
.....

**Honorarios previstos**

.....  
(mencionar la divisa del país)

**Anomalías constatadas:**

Fecha ..... Firma.....

Para uso exclusivo del **dentista asesor** de la UE

.....  
.....  
.....  
.....

Fecha ..... Aprobación .....

Para uso exclusivo de la **Oficina de Liquidación**

Motivos de la denegación:

.....  
.....  
.....

Fecha .....

**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.**

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