

6865



# SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: CARMEN ROSARIO FURCADE Dr./a: SANZ Mª

Fecha de solicitud 20/11/24

- Limpieza
- Ortopantomografía
- Telerradiografía
- Estudio cefalométrico
- Estudio implantológico
- Estudio de Biocompatibilidad
- Análisis salival
- Ausencia de piezas \_\_\_\_\_

Piezas					Código Tratamiento	Observaciones
				26	ENDO + CRT	

## Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	i0i 16 + elevación abierta + corona
Opción 2	
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	i0i + corona 36,46 (i0i 31 + hueso + mb + corona)
Opción 2	+ exo + mandibular
Opción 3	

Firma del Dr./a: