



SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Rosa Bermudez Casas

Dr./a: Ramos

Fecha de solicitud: 23/8/24

 Limpieza Ortopantomografía **HAC + FOTOS** Telerradiografía Estudio cefalométrico Estudio implantológico Estudio de Biocompatibilidad Análisis salival Ausencia de piezas _____

Piezas				Código Tratamiento	Observaciones
				14 ero + implante + corona	
				25 24 + implante + corona	
				25 24 15 elevaciones 10 4 20 + implantes + coronas	
				• 11 11 extra corona + implante + corona + provi	
21	26	23	22 13 16	coronas + provisionales (dimensión vertical)	
				12 añadir cerámica (corona s/i)	
				14 11 curap a pra (provisional)	
				Fenla ATM	
				Portadora de Pra A no la use (realizada aquí en 2016)	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	implantes 14, 15 + 2 coronas + elevación
Opción 2	10 4 20 implantes 24, 25 + coronas
Opción 3	ero de todo + 5 implantes + elevaciones 10 4 20 + corsa + fija.

Maxilar inferior	
Opción 1	
Opción 2	
Opción 3	

Firma del Dr./a: