



GB 10014

SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Juan José Alar Ferrer

Dr./a: Silva

Fecha de solicitud 01/08/2024

- Limpieza
- Ortopantomografía **+ TAC**
- Telerradiografía
- Estudio cefalométrico
- Estudio implantológico
- Estudio de Biocompatibilidad
- Análisis salival
- Ausencia de piezas _____

Piezas	Código Tratamiento	Observaciones
XXXXXXXXXXXX	EXO	
XXXXXXXXXXXX		
	RAR A (14 colión)	
	RAR B (2 colión)	

Prótesis

Maxilar superior	
Opción 1	EXO 15/24-12-22 CURDPT CODE 13-12-11-21-22-23 305 15-24-26 (elevación sep.)
Opción 2	EXO 15-24-12-22 + PRA 5 piezas
Opción 3	

Maxilar inferior	
Opción 1	EXOS inferiores y Rehabilitar con (Rehabilitación fuc)
Opción 2	EXOS 36 / 41-31-32-42 y PRA 7 piezas.
Opción 3	

Firma del Dr./a: