

Apellido y nombres del agente: .....

.....

**SUBSIDIOS POR PROTESIS DENTARIA**  
(SOLO PARA EL AGENTE JUDICIAL)

ACUERDO 3249/05

LEER CON ATENCION

**RECIBO ORIGINAL o FACTURA (Conforme Res. Gral. AFIP N° 1415, sus modificatorias y complementarias)** con sello de "pagado" firmado por el profesional odontólogo, en el que deberá consignarse:

- a) lugar y fecha de expedición
- b) nombre y apellido completo del paciente
- c) importe de lo pagado en letra y números
- d) número de pieza dentaria
- e) número del nomenclador odontológico
- f) fecha de la colocación de la prótesis, la que no deberá ser posterior a la de la percepción de los honorarios

**FICHA ODONTOLOGICA** con firma y sello aclaratorio. No es necesaria la entrega de un presupuesto anticipado.

**RX** pre y pos operatorio.

**IMPLANTES** (*además de lo solicitado anteriormente*)

Rx Panorámica e Historia Clínica Odontológica

**CARENCIA:**

Por prótesis fija deberán transcurrir 7 años

Por prótesis removible deberán transcurrir 5 años

PRESTACIONES SOCIALES

**TRABAJOS ANTERIORES** (uso exclusivo de Prestaciones Sociales):

**NOTA:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AUDITORIA ODONTOLOGICA

**NOTA:** EL SOLICITANTE PODRÁ SER CONVOCADO A UN CONTROL ODONTOLOGICO.

-----

En la fecha (...../...../.....) se constata la realización del trabajo efectuado al solicitante. Procédese a la liquidación del subsidio por aplicación de prótesis dentaria:

.....

.....

.....