Clínica Universidad Católica
Departamento de Beneficios al Personal
CLINICA ODONTOLOGICA

Presupuesto Dental

Fecha:24-06-2013

Presupuesto Nº: 71707 **Especialidad : Urgencia**
Señor(a) : Alarcon Acuña Cesar **Rut :** 12.850.699-3
Dirección : Jose Miguel Carrera 476 Deptc **Fono:** 84284306-2627 RX 311
Empresa : Universidad Católica

Detalle de Prestaciones

Pieza	Tratamiento a Realizar	Unitario	Subtotal	Valor
1	Trepanación de urgencia			$16.000

Total Prestaciones $16.000
Descuento ~~$9.000~~

Total Presupuesto ~~$25.000~~

$16.000.-

Descuento en..... cuotas, que se reajustarán con IPC sobre el saldo

Firma Funcionario

Alta: ___/___/___

Dr(a). Sergio Bisquertt Valenzuela

☐ Estoy Conforme Con Tratamiento
☐ Solicito Revision Contralor

Firma Funcionario

Clínica Universidad Católica

Departamento de Beneficios al Personal

CLINICA ODONTOLOGICA

Presupuesto Dental

Fecha:27-05-2013

Presupuesto Nº: 72451 **Especialidad : Protesis Fija**
Señor(a) : Alarcon Acuña Cesar **Rut :** 12.850.699-3
Dirección : Jose Miguel Carrera 476 Depto **Fono:** 84284306-2627 RX 311
Empresa : Universidad Católica

Detalle de Prestaciones

Pieza	Tratamiento a Realizar	Unitario	Subtotal	Valor
14	Incrustacion estética con sistema de adh			$62.000
14	(Lab) Inlay Onlay de Resina compuesta, Artglas			$40.000

Total Prestaciones $62.000
Laboratorio: $40.000

Total Presupuesto $102.000

Descuento en 4 cuotas, que se reajustarán con IPC sobre el saldo

Doy mi conformidad y autorizo descuento al Departamento de Beneficios

Firma Funcionario

Alta: / /

Dr(a). Sergio Bisquertt Valenzuela

☐ **Estoy Conforme Con Tratamiento**

☐ **Solicito Revision Contralor**

Firma Funcionario

Clínica Universidad Católica

Departamento de Beneficios al Personal

CLINICA ODONTOLOGICA

Presupuesto Dental

Fecha:24-06-2013

Presupuesto Nº: 71735 **Especialidad : Endodoncia**
Señor(a) : Alarcon Acuña Cesar **Rut :** 12.850.699-3
Dirección : Jose Miguel Carrera 476 Depto **Fono:** 84284306-2627 RX 311
Empresa : Universidad Católica

Detalle de Prestaciones

Pieza	Tratamiento a Realizar	Unitario	Subtotal	Valor
14	Endodoncia Molares			$72.000
14	Radiografía retroalveolar sin informe			$2.600
14	Radiografía retroalveolar sin informe			$2.600

Total Prestaciones $77.200

Total Presupuesto $77.200

Descuento en..... cuotas, que se reajustarán con IPC sobre el saldo

Firma Funcionario

Alta: / /

Dr(a). Jaime Tapia Vásquez

☐ Estoy Conforme Con Tratamiento
☐ Solicito Revision Contralor

Firma Funcionario