



**Clínica Universidad Católica**  
 Departamento de Beneficios al Personal  
**CLINICA ODONTOLOGICA**

Página 1 de 1  
 Fecha: 12-09-2012

**Presupuesto Dental**

Presupuesto N°: 65221  
 Señor(a) : Acevedo Escarate Jaime

Especialidad : Protésis Fija  
 Rut : 5.899.570-3  
 Fono: 7721765-2047601 teat

Empresa : Universidad Católica

**Detalle de Prestaciones**

<u>Pieza</u>	<u>Tratamiento a Realizar</u>	<u>Unitario</u>	<u>Subtotal</u>	<u>Valor</u>
2	Corona Sobre Implante Oseointegrado			\$132.000
2	(Lab) Corona sobre implante, Porcelana s/metal			\$62.000
3	Corona como intermediario en Rehab. s/Im			\$80.000
3	(Lab) Corona intermediario, P.F.P. Metal/ por			\$45.000
4	Corona Sobre Implante Oseointegrado			\$132.000
4	(Lab) Corona sobre implante, Porcelana s/metal			\$62.000
13	Corona Sobre Implante Oseointegrado			\$132.000
13	(Lab) Corona sobre implante, Porcelana s/metal			\$62.000
14	Corona como intermediario en Rehab. s/Im			\$80.000
14	(Lab) Corona intermediario, P.F.P. Metal/ por			\$45.000
15	Corona Sobre Implante Oseointegrado			\$132.000
15	(Lab) Corona sobre implante, Porcelana s/metal			\$62.000

Total Prestaciones \$688.000  
 Laboratorio: \$338.000

Total Presupuesto \$1.026.000

**NOTA:**

Este presupuesto no contempla el valor de los aditamentos que se utilizarán en la confección de las prótesis. ( pilar, tornillos, análogo, cilindro etc.) los que el paciente debe adquirir por separado.  
 Podemos solicitarlo al proveedor directamente, con una boleta a su nombre, la que deberá cancelar en la recepción con un cheque nominativo y cruzado a nombre del proveedor, el día en que acuda a la instalación de los pilares.  
 Su valor aproximado es de \$ .....

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

Doy mi conformidad y autorizo descuento al Departamento de Beneficios

*[Firma]*

Firma Funcionario

Alta: *[Firma]*

*[Firma]*

Dr(a). Claudio Gutcovsky Wainkranc

Estoy Conforme Con Tratamiento

Solicito Revisión Contralor

*[Firma]*

Firma Funcionario