

DOCTOR _____ TELEFONO _____
 DIRECCION _____ ESTADO _____
 PACIENTE _____ CLAVE FORMA DE PAGO:



I.- PROTESIS DE ALTA ESTETICA Y TECNOLOGIA DE PUNTA

<p>Zirconia CAD ZR-MAX® <input type="checkbox"/></p> <p>Núcleo de zirconia con porcelana estratificada</p>	<p>Zirconia CAD FULL ZR-MAX® <input type="checkbox"/></p> <p>Monolitica</p>	<p>IPS e.max PRESS® <input type="checkbox"/> CAD® <input type="checkbox"/></p> <p>Discilicato de Litio Monolitica</p>
--	--	--

II.- PROTESIS FIJA METAL PORCELANA DE BAJA ABRASION

ELITE PREMIUM STANDARD

<p>METAL 90% ORO AMARILLO</p> <p><input type="checkbox"/> Porcelana IPS d.SIGN de Ivoclar <input type="checkbox"/> Porcelana Vintage HALO de Shofu</p>	<p>METAL 40% ORO BLANCO</p> <p><input type="checkbox"/> Porcelana IPS d.SIGN de Ivoclar <input type="checkbox"/> Porcelana Vintage HALO de Shofu</p>	<p>METAL NO-PRECIOSO</p> <p><input type="checkbox"/> Porcelana IPS d.SIGN de Ivoclar <input type="checkbox"/> Porcelana Vintage HALO de Shofu</p>
--	--	---

III.- OTRAS PROTESIS FIJAS

CEROMERO

METALICAS

<p>CERAMAGE-SHOFU Silicato de Zr 74%</p> <p><input type="checkbox"/> Inlay-Onlay <input type="checkbox"/> Corona o Puente (Puente anterior máximo 3 unidades)</p>	<p><input type="checkbox"/> Oro Amarillo 63% <input type="checkbox"/> Plata Blanco 70% <input type="checkbox"/> No Precioso Blanco <input type="checkbox"/> No Preciosos Amarillo</p>
--	--

IV.- PROTESIS REMOVIBLES

PARCIALES FLEXIBLES

ACRILICO DIAMOND D

GUARDAS OCLUSALES

<p><input type="checkbox"/> Unilateral FRS <input type="checkbox"/> Bilateral FRS <input type="checkbox"/> Combinado Metal & FRS</p>	<p><input type="checkbox"/> Dentadura Parcial <input type="checkbox"/> Dentadura Completa <input type="checkbox"/> Rebase con material suave IMPAK® <input type="checkbox"/> Metal Combinado con Acrílico</p>	<p><input type="checkbox"/> Acrílicas <input type="checkbox"/> Combinadas IMPAK® + Acrílico Acetato <input type="radio"/> Suave <input type="radio"/> Duro</p>
--	--	--

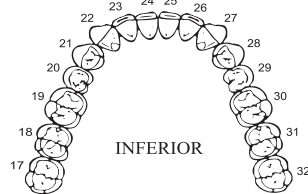
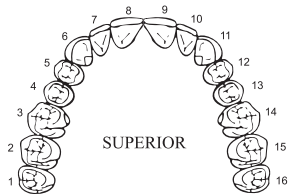
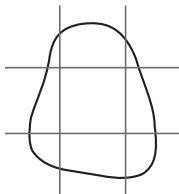
DISEÑO DE MARGENES

DISEÑO DE PONTICOS

DISEÑO OCLUSAL

<p><input type="checkbox"/> Cobertura Completa de Porcelana <input type="checkbox"/> Margen Bucal de Porcelana <input type="checkbox"/> Margen Lingual de Metal <input type="checkbox"/> Margen Completo de Metal</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Oclusión de Porcelana <input type="checkbox"/> Isla de Metal <input type="checkbox"/> Mesa Oclusal de Metal <input type="checkbox"/> Oclusión de Metal</p>
--	--	---

#008971207018



COLOR: _____
 COLORIMETRO: _____ DIENTES No. _____ DIENTES No. _____

LABORATORIO DENTAL CON REGISTRO No. 02038 DEL ESTADO DE TEXAS U.S.A.

PRUEBA DE CERA PRUEBA DE METAL PRUEBA DE BIZCOCHO TERMINADO

INSTRUCCIONES :

No. 1 en rehabilitación de
 implantes en
 México

Debo (emos) y pagaré (mos) incondicionalmente por este pagaré a la orden de REYTEK, S.A. DE C.V. en la ciudad de Mérida, Yucatán el _____ la cantidad de _____ . Valor vencido a mi (nuestra) entera satisfacción. Y en caso de no cubrirlo a su vencimiento acepto causen un interés moratorio del _____ % mensual hasta su total liquidación.

FIRMA DE AUTORIZACION DEL DOCTOR _____

FECHA _____