

MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA

CET - CENTRO DE DÍA con Dependencia

Fecha:

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____

DNI: _____

DIAGNÓSTICO: _____

PRESTACIÓN SOLICITADA: _____ CON DEPENDENCIA.

TIPO DE JORNADA: _____

PERÍODO: de _____ a _____ 202_____

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE (con tipo y número de matrícula LEGIBLE)

Firma:

Sello:

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar

5263-7008 Internos: 1088 / 1089 /1090