

## MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA TRANSPORTE con Dependencia

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

PRESTACIÓN SOLICITADA: \_\_\_\_\_ CON DEPENDENCIA PARA ASISTIR A: \_\_\_\_\_

FRECUENCIA: \_\_\_\_\_

JUSTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PERÍODO: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ 2026

### 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