

MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA

TERAPIAS

Fecha:

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____

DNI: _____

DIAGNÓSTICO: _____

PRESTACIÓN SOLICITADA: _____

FRECUENCIA: _____

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