

Modelo Prescripción Médica

TRANSPORTE

Fecha:

Nombre y Apellido del Afiliado:

DNI:

Diagnóstico:

Prestación solicitada: para asistir a:

Frecuencia:

Justificación:

.....

Período: de a 2025

Firma y Sello del Médico Tratante
(con tipo y número de Matrícula LEGIBLE)