

## MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA

### TRANSPORTE

Fecha:

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

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

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

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

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

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

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