

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA AFILIADOS CON DISCAPACIDAD

Lugar de emisión:..... Fecha:.....

DATOS DEL AFILIADO BENEFICIARIO:

Apellido y nombre :.....

D.N.I:

Diagnóstico:.....

.....

Prestación solicitada.....

.....

Frecuencia:.....

Período solicitado: desde..... hasta..... año.....

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO