ORDEN MÉDICA

Para incorporación de prestaciones

(FORMULARIO 3)

...../...../..... (1)

Confeccionar una planilla por cada prestación a incorporar.

Completar en letra imprenta, sin tachaduras ni enmiendas.

Datos del Afiliado:

Nombre y apellido: _____

N° de Afiliado: _____

Diagnóstico: _____

Se indica (especificar tratamiento)

_____

Por la cantidad de _____

Sesiones/horas semanales durante el período comprendido entre (mes) _____ y (mes) _____ del año _____.

_____

Firma y sello del Médico

(1) La fecha de la orden deberá ser anterior al inicio del tratamiento.