MODELOS DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA

INSTITUCIONES Nombre y Apellido DNI ……..…. OBRA SOCIAL OSPERYH Afiliado/a …… DX. …… Solicito (Ej.) Centro Educativo Terapéutico / Jornada simple de enero 2026 a diciembre 2026 **(En caso de solicitar dependencia, indicar y justificar)** Firma Sello y Matrícula Fecha	**TERAPIAS** Nombre y Apellido DNI ……..…. OBRA SOCIAL OSPERYH Afiliado/a …… DX. …… Solicito 2 sesiones semanales de psicología (Ej. indicar la terapia que solicita) de enero 2026 a diciembre 2026 Firma Sello y Matrícula Fecha
APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR Nombre y Apellido DNI ……. OBRA SOCIAL OSPERYH Afiliado/a …… DX. …….. Solicito Apoyo a la integración escolar (equipo) / o Módulo Maestro de Apoyo (Especificar días y cantidad de horas) de marzo 2026 a diciembre 2026 Firma Sello y Matrícula Fecha	**TRANSPORTE** Nombre y Apellido DNI …….. OBRA SOCIAL OSPERYH Afiliado/a …….. DX. …….. Solicito transporte especial a escuela de lunes a viernes. Período: marzo 2026 a diciembre 2026 debido a que …… …… …… **(FUNDAMENTAR el motivo de salud que impide al afiliado hacer uso del transporte público gratuito con un acompañante usando su pase)** **En caso de solicitar dependencia indicar y fundamentar** Firma Sello y Matrícula Fecha

⚠️ **Se recuerda que en los casos de tratamientos de Rehabilitación Ambulatoria (terapias) Por Mecanismo de Integración se cubrirán hasta 8 sesiones semanales (32 mensuales) incluidas todas las especialidades.**