OSUTHGRA
OBRA SOCIAL DE LA UNIÓN DE TRABAJADORES DEL TURISMO, HOTELEROS Y GASTRONÓMICOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

ANEXO 2.2 - Pedido Médico Rehabilitación

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: .....

Número de CUIL: .....

Número de D.N.I: …….

Diagnóstico:…….

Aclaración :
*** Módulo Simple** (menos de 5 sesiones semanales con más de una especialidad)
*** Modulo Intensivo: (** hasta 5 sesiones semanales con más de una especialidad)

Solicito tratamiento de rehabilitación:

…….. sesiones semanales de.....……...
(cantidad) (terapia)

…….. sesiones semanales de.....
(cantidad) (terapia)

…….. sesiones semanales de.....
(cantidad) (terapia)

……sesiones semanales de .....
(cantidad) (terapia)

…….. .sesiones semanales de .....
(cantidad) (terapia)

Período de Prestación: Desde: ..... / …..... / 2027 Hasta: ..... / ..... / 2027

Fecha: ..../…. ……/…… ……
(La fecha debe ser anterior al comienzo de la prestación) Firma y sello del Médico tratante