

PRESUPUESTO REHABILITACIÓN MÓDULO INTEGRAL _____ 2025

RAZÓN SOCIAL: _____

CUIT: _____

DIRECCIÓN DONDE OFRECE LA PRESTACIÓN: _____

MAIL: _____ TELÉFONO: _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO: _____

DNI: _____

PRESTACIÓN A BRINDAR: _____

PERÍODO DE ATENCIÓN: _____

VALOR PRESTACIONAL CONFORME A NOMENCLADOR: _____

CRONOGRAMA DE ATENCIÓN: _____

ESPECIALIDAD	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
(de ___ hs. a ___ hs.)						
(de ___ hs. a ___ hs.)						
(de ___ hs. a ___ hs.)						
(de ___ hs. a ___ hs.)						
(de ___ hs. a ___ hs.)						

Firma y Sello Autoridad del Centro

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD



discapacidad@osamoc.com.ar



5263-7008 Internos: 1088 / 1089 /1090