



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA

PLAN DE TRATAMIENTO

PARA PRESTACIONES DEL NOMENCLADOR DE

DISCAPACIDAD Ver 2 03112021

Fecha: / /

Prestador:

Domicilio de atención:

Localidad:Provincia

N° de CUIT:

Datos del beneficiario:

Nombre y Apellido: DNI :

Edad..... Sexo.....

Diagnóstico:

Modalidad Prestacional a brindar:

Abordaje:

Objetivos:

.....
(Firma y sello del prestador o representante de la institución)