

7/2810105276-

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

RECETA PARA PRÓTESIS Y ACCESORIOS
(Conforme Circular No. 2165 del 21/02/91)

C.C. - Tesorería - Centro de Trab. - Interesado.

Asegurado No.: _____ Código: _____
 Nombre: Mendoza Aleman Corinda
 Nacido(a): 23-2-81 Edad: _____
 Cédula: _____
 Centro Asistencial: Dr. Roger Venegas Porras
Asociación en Fisioterapia HMS
 Servicio: _____ Cód: 5223

Fecha: 31/5/22

Diagnóstico: P. C. I.

Fecha última receta por el mismo aparato:
1º vez.

Descripción Técnica de la Prótesis:
CAMA ORTOPÉDICA, ADULTO,
CON FOWLER ELECTRÓNICO,
CON ALIMENTACIÓN ELÉCTRICA, BANDAS LÍNEALES
CON RODILLOS EN 4 PUNTOS

Monto máximo autorizado según lista oficial.
(en letras): _____ \$ _____

Colchon ortopédico coberturas personalizadas



Dr. P. H. Firma Médico Especialista, quien recibe conforme.
Asociación en Fisioterapia HMS

Firma Jefe de Servicio quien recomienda.

Firma Médico Director autoriza erogación.

NOTA: El derecho para cobrar esta receta prescribe a los SEIS MESES.
En las Clínicas Periféricas recomienda el Director del Centro y autoriza la erogación el Director Regional

VER DORSO