

Afiliado N°

Fecha:

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Familiar a cargo: \_\_\_\_\_

Resumen de Historia Clínica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos de uso CRÓNICO		
Denominación Comercial o droga base	Dosis diaria	Tiempo de tratamiento

Medicamentos de uso EVENTUAL O FRECUENTE		
Denominación Comercial o droga base	Dosis diaria	Tiempo de tratamiento

Sello del Profesional

Firma del Profesional

Por la AUDITORIA			
CORRESPONDE		Cantidad asignada	Sello y Firma
SI	NO		

Notificación AFILIADO		
RETIRA		Firma conforme
SI	NO	

**NOTIFICACIÓN IMPORTANTE** Para la consideración de adicionales por parte de la Auditoría Médica se deberá adjuntar informes médicos, estudios o resultados de laboratorio que avalen fehacientemente la presente solicitud. Cada integrante del grupo familiar, que consuma algún medicamento, deberá presentar solicitud. Todos los datos deben ser cumplimentados y los requisitos presentados junto con la presente, la ausencia de alguno de ellos invalida la presentación. La resolución de la Auditoría Médica tiene una validez de 6 (seis) meses, transcurrido dicho lapso se deberá presentar una nueva solicitud, cumpliendo los mismos requisitos.

