

## PLAN TRATAMIENTO PROLONGADO

(Datos del Beneficiario)

APELLIDO Y NOMBRE:.....

NUMERO AFILIADO:..... EDAD:.....

ATENCIÓN: Esta planilla debe ser llenada por el médico tratante (A completar por el profesional). No se incluyen medicamentos con condición de expendio "BAJO RECETA ARCHIVADA" en tratamientos prolongados. El presente formulario deberá ser confeccionado nuevamente en caso de haber modificaciones en el tratamiento.

(A completar por el Profesional)

DIAGNÓSTICO/S:.....

Monodrogas	Dosis en mg/día	Sugerencia Comercial	Aut. Auditoría **

Período por el cual puede recibir los medicamentos sin nuevo control:..... meses. (Máx. 6 Meses)

.....

Lugar y Fecha

.....

Firma y sello del médico tratante

(Reservado Auditoría Médica DASU)

Se autoriza de acuerdo a lo indicado arriba.

.....

Lugar y Fecha

.....

Firma y sello del Auditor Autorizante