IOMA

FORMULARIO DE AUDITORÍA SEGUNDO NIVEL SAMO

INSTITUCIÓN / _____ **REMITO /** _____

APELLIDO Y NOMBRE / _____ **PERÍODO INTERNAC /** _____

DIAGNÓSTICO / _____ **FECHA AUDITORÍA /** _____

MEDICAMENTO	
Genérico	
F. Farmacéutica	
Dosis/día	
Duración del trat.	
U. solicitadas	
Facturado $	
U. autorizadas	
Monto autorizado $	
U. debitadas	
TOTAL autorizado $	

Observaciones /_____

_____

_____

_____

MEDICAMENTO	
Genérico	
F. Farmacéutica	
Dosis/día	
Duración del trat.	
U. solicitadas	
Facturado $	
U. autorizadas	
Monto autorizado $	
U. debitadas	
TOTAL autorizado $	

Observaciones /_____

_____

_____

_____

MEDICAMENTO	
Genérico	
F. Farmacéutica	
Dosis/día	
Duración del trat.	
U. solicitadas	
Facturado $	
U. autorizadas	
Monto autorizado $	
U. debitadas	
TOTAL autorizado $	

Observaciones /_____

_____

_____

_____

MEDICAMENTO	
Genérico	
F. Farmacéutica	
Dosis/día	
Duración del trat.	
U. solicitadas	
Facturado $	
U. autorizadas	
Monto autorizado $	
U. debitadas	
TOTAL autorizado $	

Observaciones /_____

_____

_____

_____

IOMA

FORMULARIO DE AUDITORÍA SEGUNDO NIVEL / Centro de Rehabilitación

INSTITUCIÓN / _____ **PERÍODO FACTURADO /** _____

APELLIDO Y NOMBRE / _____ **FECHA AUDITORÍA /** _____

DIAGNÓSTICO / _____

MEDICAMENTOS / DESCARTABLES

AUTORIZAR: **PRECIO UNITARIO:**

DEBITAR: