

**INFORME DE AUDITORIA MEDICA**

TRÁMITE N°: \_\_\_\_\_

AFILIADO: \_\_\_\_\_

SOLICITUD: \_\_\_\_\_

Atento a lo solicitado y habiendo sido evaluada la documentación adjunta, esta Auditoría sugiere acceder al reintegro de lo solicitado, Honorarios médicos Anestesiológicos por haber realizado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Valor según fs. \$ \_\_\_\_\_

La valoración de referencia para tal presentación Anestesiológica es de \$ \_\_\_\_\_

El profesional actuante no se encuentra adherido a este IOMA, según datos obrantes es esta área.

**Queda la decisión final a cargo del Directorio.****DIRECCIÓN DE AUD. Y FISC. MÉDICA AMBULATORIA****DTO. DE AUD. MÉDICO AMBULATORIO**

La Plata, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Médico Auditor