

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 / _____

**FORMULARIO DE AUDITORÍA SEGUNDO NIVEL / Centro de Rehabilitación**

INSTITUCIÓN / _____

PERÍODO FACTURADO / _____

APELLIDO Y NOMBRE / _____

FECHA AUDITORÍA / _____

DIAGNÓSTICO / _____

MEDICAMENTOS / DESCARTABLES**AUTORIZAR:****PRECIO UNITARIO:****DEBITAR:**