

FARMACIA:
DIRECCION:
LOCALIDAD:
PERIODO FACTURADO: <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> Mes: Año: </div>

I.O.S.E. RESUMEN DE FACTURACION

CANT DE RCTAS	PLAN	TOTAL FACTURADO O 100%	A CARGO I.O.S.E.
	1 - AMBULATORIO		
	2 - ODONTOLOGICO		
	3 - PMI MADRES 100%		
	4- PMI NIÑO 100%		
	5- CON DISPOSICION (OTRAS COBERTURAS)		
	TOTAL		
	BONIFICACION 7%		
	NETO A COBRAR		

FIRMA Y SELLO FARMACIA

REFERENCIA:

- 1- Incluye recetas AMBULATORIO 40%, 50% y recetas 40% - 50% (MIXTAS)
- 2- Incluye recetas ODONTOLOGICAS 40%, 50% y recetas 40% - 50% (MIXTAS)
- 3- Incluye recetas PMI MADRE 100%
- 4- Incluye recetas PMI NIÑO 100%
- 5- Incluye recetas Especiales 40% 45% 70% y 100%