

<b>FARMACIA:</b>
<b>DIRECCION:</b>
<b>LOCALIDAD:</b>
<b>PERIODO FACTURADO:</b> <p style="text-align: right;">Mes: Año:</p>

## I.O.S.E. RESUMEN DE REFACTURACION

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)		
	<b>TOTAL</b>		
	<b>BONIFICACION 7%</b>		
	<b>NETO A COBRAR</b>		

FIRMA Y SELLO FARMACIA
------------------------

<p><b><u>REFERENCIA:</u></b></p> <p>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%</p>
--