

FARMACIA:	SOCIO:
DIRECCION:	
LOCALIDAD:	
PERIODO FACTURADO: Mes: Año:	

I.O.S.F.A REFACTURACION

CANT DE RCTAS	PLAN	TOTAL FACTURADO 100%	A CARGO I.O.S.F.A
	1 - AMBULATORIO		
	2- PMI MADRES 100%		
	3- PMI NIÑO 100%		
	4-OTRAS COBERTURAS		
	TOTAL		
	BONIFICACION 7%		
	NETO A COBRAR		

FIRMA Y SELLO FARMACIA

REFERENCIA:

- 1- Incluye recetas AMBULATORIO 40%, 50% y recetas 40% - 50%
- 2- Incluye recetas PMI MADRE 100%
- 3- Incluye recetas PMI NIÑO 100%
- 4- Incluye recetas Especiales Acta 40% Acta 45% 50% Acta 70% y Acta 100%