Código de farmacia:

Nombre de farmacia:

Institución cubierta:

Plan / Descuento:

Periodo:

Fecha de presentación

Nº de orden	Fecha de venta	Importe 100%	Importe a/c Obra Social
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
	/ /	$	$
Total recetas:	TRANSPORTE	$	$

* No se podrán presentar recetas de distinto plan / descuento en un mismo lote (excepto cronicidad 40/70%