PLANILLA PLAN PMO

FACTURACION DE FARMACIAS - OSTAMMA / AMMA OSPIF / MARADONA SALUD

TIPO DE FACTURACIÓN: AMBULATORIO ☐ PMI ☐

FARMACIA: ……..……..……..……..

OBRA SOCIAL: ……... PLAN: ……...……....……

DOMICILIO: ……. LOCALIDAD: ……..

TELEFONO: …….. MAIL: …….. MES DE FACTURACION: ……

BONIFICACIÓN: 10 % SOBRE EL TOTAL DE LA VENTA

Beneficiario	N° de Receta	100% de la venta	A cargo del Afiliado	A cargo de la Obra Social
	TOTAL DE LA VENTA 100 %		**TOTAL A CARGO O.S.**	

AS-RG-04-R00