



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. | |