

FARMACIA:			
LOCALIDAD:			
PERIODO:		MATRICULA:	
I.O.S.F.A RESUMEN DE FACTURACION			
PLAN	CANT DE RECETAS	TOTAL FACTURADO	A CARGO O.S.
AMBULATORIO			
PMI MADRE 100%			
PMI NIÑO 100%			
OTRAS COBERTURAS			
TOTAL:			
BONIFICACION 7%:			
NETO A COBRAR:			

FARMACIA:			
LOCALIDAD:			
PERIODO:		MATRICULA:	
I.O.S.F.A RESUMEN DE FACTURACION			
PLAN	CANT DE RECETAS	TOTAL FACTURADO	A CARGO O.S.
AMBULATORIO			
PMI MADRE 100%			
PMI NIÑO 100%			
OTRAS COBERTURAS			
TOTAL:			
BONIFICACION 7%:			
NETO A COBRAR:			