



FACTURACION DE FARMACIAS - OSTAMMA / AMMA OSPIF / MARADONA SALUD

TIPO DE FACTURACIÓN: AMBULATORIO PMI

FARMACIA:

OBRA SOCIAL: PLAN:

DOMICILIO: LOCALIDAD:

TELEFONO: MAIL: MES DE FACTURACION:

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.	