

RESUMEN DE RECETAS OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL

FECHA:

FARMACIA:		
FARMACEUTICO:		MATRICULA N°:
NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA LIQUIDACION:		TELEFONO Y PREFIJO:
N° CUIT:		N° ING. BRUTOS
PARTIDO:	LOCALIDAD:	PROVINCIA:
CODIGO DE FARMACIA:	CANTIDAD DE RECETAS:	REFACTURACION: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

COBERTURA O PLAN: (PRESENTAR UN RESUMEN POR CADA MODALIDAD) 40% 50% 80% 100% PMI OTRO: %	PRESENTACION: QUIN. MES AÑO
SELLO DE LA FARMACIA Y FIRMA DEL FARMACEUTICO	MONTO TOTAL 100 % \$
	A CARGO DEL AFILIADO \$
	A CARGO DE LA OBRA SOCIAL \$

NEW LIC! SALUD SRL - MONTEVIDEO 770 PISO 11* (1019) CABA - TEL./FAX: (011) 4812-8898 - AUDITORIA DE FARMACIAS - RESP. KARINA NOTARI - www.obrasociales.com.ar - Info@obrasociales.com.ar

RESUMEN DE RECETAS OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL

FECHA:

FARMACIA:		
FARMACEUTICO:		MATRICULA N°:
NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA LIQUIDACION:		TELEFONO Y PREFIJO:
N° CUIT:		N° ING. BRUTOS
PARTIDO:	LOCALIDAD:	PROVINCIA:
CODIGO DE FARMACIA:	CANTIDAD DE RECETAS:	REFACTURACION: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

COBERTURA O PLAN: (PRESENTAR UN RESUMEN POR CADA MODALIDAD) 40% 50% 80% 100% PMI OTRO: %	PRESENTACION: QUIN. MES AÑO
SELLO DE LA FARMACIA Y FIRMA DEL FARMACEUTICO	MONTO TOTAL 100 % \$
	A CARGO DEL AFILIADO \$
	A CARGO DE LA OBRA SOCIAL \$