MODELO: D.I. – S

COMUNICACIÓN DE DIFERENCIAS INDIVIDUALES POR OFICINA DE FARMACIA RECETAS SUBSANABLES

Provincia: ..... Farmacia número: .....

Diferencias observadas facturación de recetas/ Mes de: .....

Factura Individual (1)	Datos Localización recetas	Clave Causa Diferenciación	Importes facturados		Importes comprobados		Importe compensación (2)	Objeciones (3)
			P.V.P.	Aportación	P.V.P.	Aportación		
	Totales							Sello, fecha y firma del Colegio
	Diferencia a favor de:							

(1) Identificación con nº asignado en el apartado 2.5.1 de este Anexo.
(2) Con signo (+) si es a favor de la Gerencia de Salud de Área; con signo (-) si es a favor del Colegio Provincial de Farmacéuticos.
(3) Sólo recetas subsanables: SUBS.: Receta subsanada por la Oficina de Farmacia.
NO SUBS.: Receta entregada y no subsanada por la Oficina de Farmacia.
NO ENTREG.: Receta no entregada por la Oficina de Farmacia.

Sello, fecha y firma de GSA