

MODELO: D.C.R.

**RELACIÓN DE LAS DIFERENCIAS QUE SE SOMETEN AL CRITERIO DE LA
COMISIÓN REGIONAL DE FARMACIA**

Provincia: Facturación mes de:

Número de la Farmacia	Número localización receta	Clave causa	Importes facturados		Importes comprobados		Importe Compensación (1)	Criterios de la Comisión (2)
			P.V.P.	Aportación	P.V.P.	Aportación		

- (1) Con signo (+) si es a favor de la Gerencia de Salud de Área.
Con signo (-) si es a favor del Colegio Provincial de Farmacéuticos.
(2) Criterios de la Comisión Regional: Estimada, Desestimada.