IOMA GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

HOJA Nº _____

AJUSTE DE FACTURACIÓN

ENTIDAD MÉDICA _____ **ENTRADA** _____ **REMITO Nº** _____

APELLIDO Y NOMBRE DEL PROFESIONAL (MP)	APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO	CD	MOTIVO DEL DÉBITO	MONTO FACTURADO	MONTO DEBITADO	MONTO A PAGAR	DEVOLUCIÓN

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO AUDITOR

FIRMA Y CÓDIGO DEL LIQUIDADOR