



Nº DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL
/
N.I.F.
Nº Expediente:

SOLICITUD DE PRESTACIÓN SANITARIA

DATOS DEL TITULAR

Apellidos _____ Nombre _____
 Calle o plaza _____ nº _____ Escalera _____ Piso _____ Letra _____
 Localidad _____ Código postal _____ Provincia _____
 Área de Salud _____ Teléfono _____

PRESTACIÓN SOLICITADA

DATOS BANCARIOS

Código Banco	Código Sucursal	D.Control	Número de cuenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

BENEFICIARIO PARA EL QUE SE SOLICITA

(En caso de tratarse del titular del derecho, no se cumplimentará este apartado)

Apellidos _____ Nombre _____
 Parentesco con el titular _____
 Fecha _____

P.8

P.8 RESGUARDO

Prestación solicitada _____ Fecha de presentación _____

Solicitante:

sello de la oficina receptora

Nombre _____

Apellidos _____

DOCUMENTACIÓN QUE HA DE APORTAR

La solicitud deberá ser cumplimentada por el titular de la Tarjeta Sanitaria y a su nombre, acompañando en caso de solicitar:

Gastos de desplazamientos:

- a) Fotocopias de:
 - ✓ del D.N.I. por ambas caras
 - ✓ de la Tarjeta Sanitaria (tanto del titular como del paciente).....
 - ✓ del documento donde figuren los datos bancarios del titular.
- b) Copia de la Orden de Asistencia en vigor, donde deberá figurar si se precisa acompañante, según lo indicado de forma precisa por el correspondiente facultativo
- c) Justificantes de pago del viaje.
- d) Justificante de asistencia a la consulta médica.

Prestación ortoprotésica:

- a) Fotocopias:
 - ✓ del D.N.I. por ambas caras
 - ✓ de la Tarjeta Sanitaria (tanto del titular como del paciente).....
 - ✓ del documento donde figuren los datos bancarios del titular.
- b) Factura original de la compra
- c) Hoja de prescripción del facultativo especialista.
- d) Informe de especial prescripción para aquellos artículos que lo requieran, según catálogo vigente de material ortoprotésico.....

Reintegro de gastos de farmacia o medicamentos extrajeros:

- a) Fotocopias:
 - ✓ del D.N.I. por ambas caras
 - ✓ de la Tarjeta Sanitaria (tanto del titular como del paciente).....
 - ✓ del documento donde figuren los datos bancarios del titular.
- b) Factura sellada y firmada por la oficina de farmacia expendedora de los medicamentos.....
- c) Sucinta historia médica en la que conste el diagnóstico y la necesidad de utilizar el medicamento solicitado por no poder ser sustituible por otro
- d) Resolución del reconocimiento como pensionista por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, en el caso de solicitar la devolución de la aportación de activo.....

DÓNDE PRESENTAR LA SOLICITUD:

La solicitud y la documentación mencionada se presentará preferentemente en la Unidad de Conciertos y Gestoría de Prestaciones del Servicio Extremeño de Salud, o en un Servicio de Atención al Paciente de cualquier Centro Asistencial del S.E.S., el cual habrá de remitirlo tras su registro a la Unidad de Conciertos y Gestoría de Prestaciones correspondiente.

Todo ello sin perjuicio de lo establecido sobre este particular en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.

RESOLUCIÓN

EI SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD, vista la presente solicitud, así como los preceptivos informes, con fecha _____ acordó **conceder** / **denegar** la prestación solicitada por el interesado.