

## SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS-TRATAMIENTO BUCODENTAL

### DATOS DEL TITULAR DE LA PRESTACION SANITARIA (PACIENTE)

APELLIDOS :		NOMBRE:	
DIRECCION:			
LOCALIDAD:		CP:	PROVINCIA:
NIF:		Nº AFILIACION A LA SS	
CIP DE LA TARJETA SANITARIA			
TELÉFONO:	TELÉFONO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:	

### DATOS DEL ACREEDOR

APELLIDOS		NOMBRE	
CIP DE LA TARJETA SANITARIA		Nº AFILIACION A LA SS	
DNI	PARENTESCO		
FUNDAMENTO DE LA PETICION			

### MITBE

GERENCIA DE A.P. DE	FECHA
INDICACION DEL TRATAMIENTO A RELIZAR:	

### AUTORIZACION DEL TRATAMIENTO

FECHA
PRESTACION AUTORIZADA

### FACTURA/S

Nº DE FACTURA	IMPORTE	FECHA	FACTURA	IMPORTE	FECHA

COLEGIADO ODONTÓLOGO Nº	NIF:
DESCRIPCION TRATAMIENTO REALIZADO	

### ENTIDAD FINANCIERA EN LA QUE DESEA RECIBIR EL IMPORTE DE LA PRESTACION

ENTIDAD	SUCURSAL	DC	Nº DE CUENTA

Autorizo de forma expresa para que mis datos puedan ser consultados y comprobados por la Administración de la JCCLM en los términos previstos en los artículos 4 y 5 del Decreto 33/2009 de 28 de Abril (DOCM nº 83/2009 de 4 de mayo)

### OBSERVACIONES

DESEO QUE ESTA SOLICITUD SEA REMITIDA A

DECLARO SER CIERTOS LOS DATOS REFLEJADOS ES ESTA SOLICITUD A TODOS LOS EFECTOS .

A                      DE                      DE

FDO.: