

SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS ORTOPROTÉSICOS

PRÓTESIS SILLA DE RUEDAS

DATOS DEL TITULAR DE LA PRESTACION SANITARIA (PACIENTE)

APELLIDOS :		NOMBRE:	
DIRECCIÓN:			
LOCALIDAD:		CP:	PROVINCIA:
NIF:		CIP DE LA TARJETA SANITARIA	
TELÉFONO:	TELÉFONO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:	

DATOS DEL ACREEDOR

APELLIDOS		NOMBRE	
Nº DE AFILIACION A LA SS.			
DNI	PARENTESCO		
FUNDAMENTO DE LA PETICION			

INFORME MÉDICO

Nº DE COLEGIADO	CIAS	NOMBRE
ESPECIALIDAD		

PRODUCTO/S ADQUIRIDO/S

CODIGO DEL PRODUCTO	PRECIO	CODIGO DEL PRODUCTO	PRECIO

FACTURA

Nº DE FACTURA	IMPORTE	FECHA
NOMBRE DE ORTOPEDIA		NIF:

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.: