



SOLICITUD REINTEGRO DE LAS APORTACIONES QUE EXCEDAN LOS LÍMITES DEL RD-LEY 16/2012, DE 20 DE ABRIL

D./D^a _____

D.N.I. _____

DATO DE LA TARJETA SANITARIA DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA (Número de Seguridad Social ó Número de Historia Única de Salud) _____

DOMICILIO _____

LOCALIDAD _____ **C.P.** _____

PROVINCIA _____ **TEL.** _____

EXPONE:

-Que ostento la condición de asegurado ó beneficiario pensionista de la Seguridad Social y dispongo de tarjeta sanitaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

-Que el importe de las aportaciones en prestación farmacéutica ambulatoria, durante el mes de _____, excede del límite máximo que me corresponde, según lo establecido en el artículo 94 bis del Real Decreto-ley 16/2012.

Por este motivo, **SOLICITA:**

El reintegro de gasto que se justifica con la documentación adjuntada, por una cuantía de _____ euros.

DOCUMENTACIÓN ADJUNTADA:

- Fotocopia de la receta oficial o la correspondiente hoja de información al paciente
- Recibo emitido por la oficina de farmacia, en el que conste la fecha de dispensación, el nombre del medicamento o producto sanitario, su precio de venta al público (IVA incluido) y la aportación del paciente.
- Certificado del banco que acredite ser titular de la cuenta corriente ó fotocopia de un recibo a su nombre en el que figure la cuenta corriente de la que es titular.

A ingresar en la cuenta (CCC):

Entidad Sucursal DC Número de cuenta

En _____, a _____ de _____ de 2011

Fdo.- _____