

SOLICITUD DE PRESTACIÓN SANITARIA

Material ortoprotésico

Reintegro de gastos

(Seleccionar la que corresponda)

BENEFICIARIO/A DE LA PRESTACIÓN (Paciente)

Apellido 1º _____ Apellido 2º _____
Nombre _____ NIF/NIE _____
Domicilio _____
Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____
Teléfono/s _____

REPRESENTANTE LEGAL

(Exclusivamente para pacientes menores de edad, incapacitados/as y discapacitados/as)

Apellido 1º _____ Apellido 2º _____
Nombre _____ NIF/NIE _____
Parentesco con el beneficiario/a de la prestación (paciente) _____

FUNDAMENTO DE LA PETICIÓN (consígnese el hecho o circunstancia en que se basa la solicitud)

DATOS BANCARIOS (IBAN)

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

....., a de de 20.....

Firmado:

DOCUMENTACIÓN A APORTAR

EN TODOS LOS CASOS:

- **Fotocopia del NIF/NIE del beneficiario/a** de la prestación (paciente). En el caso de menores de edad, incapacitados/as o discapacitados/as, del **representante legal**, así como documentación acreditativa de dicha representación.
- **Alta a terceros** a nombre del beneficiario/a de la prestación (paciente). En el caso de menores de edad, incapacitados/as o discapacitados/as, a nombre del representante legal.
- **Factura original, firmada y sellada** por el establecimiento correspondiente (farmacia, ortopedia, etc).

MATERIAL ORTOPROTÉSICO:

- **Prescripción (anexo II) del material** solicitado, firmada y sellada por el facultativo prescriptor.
- **Informe de especial prescripción** para aquellos artículos que lo requieran, según catálogo vigente de material ortoprotésico.

REINTEGRO DE GASTOS:

- **Documentación** justificativa del reintegro solicitado.