

ANEXO III

FORMULARIO DE APORTACIÓN DE DATOS PARA REVISIÓN DE REINTEGRO

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombre y apellidos: _____
DNI o NIE: _____
Domicilio. Calle _____
Localidad, Provincia y Código Postal _____
Número de tarjeta sanitaria (CIA/CIP) : _____

2.- EXPONE

Que ostentando la condición de pensionista y habiendo realizado aportaciones por prestación farmacéutica ambulatoria que exceden de los límites máximos establecidos en el artículo 94 bis de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (para marcar una o varias de las opciones):

- Recetas dispensadas en oficinas de farmacia de otra Comunidad Autónoma.
- Recetas dispensadas en oficinas de farmacia de Aragón que no han sido tenidas en cuenta, o lo han sido de forma errónea, en el cálculo de los reintegros mencionados.

3.- SOLICITA

Se tenga en cuenta la información que aporta a efectos del cálculo y pago del reintegro de las aportaciones por prestación farmacéutica

4.- DOCUMENTACIÓN QUE APORTA

- Copia del anverso de la tarjeta sanitaria del solicitante.
- Copia del anverso del DNI/NIE del solicitante
- Recibo, factura o ticket de las farmacias que dispensaron las recetas.
- Original o copia compulsada del volante de instrucciones para el paciente o del cuerpo de la receta.
Número total de recetas presentadas _____
- Otra (especificar)

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del solicitante o representante legal

SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
Plaza de la Convivencia 2, 50017 ZARAGOZA