

ANEXO II

FORMULARIO SOLICITUD DE ABONO DE SALDOS INFERIORES A SIETE EUROS.

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 habiendo realizado aportaciones a la prestación farmacéutica superiores a las cuantías máximas establecidas en el _____ trimestre del año _____ y no habiéndose reintegrado dicho exceso

3.- SOLICITA

La devolución de la cantidad de _____ euros, saldo que considero a mi favor de las aportaciones por prestación farmacéutica ambulatoria realizadas en dicho periodo 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.

4.- DOCUMENTACIÓN QUE APORTA

- Copia del anverso de la tarjeta sanitaria del solicitante.
- Copia del anverso del DNI/NIE del solicitante.
- Información sobre aportaciones y reintegros del trimestre
- 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