



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

**SOLICITUD DE REINTEGRO DE LAS APORTACIONES QUE EXCEDAN
LOS LÍMITES DEL R.D-LEY 16/2012, DE 20 DE ABRIL**

D./D^a _____

D.N.I. _____ DATO DE LA TARJETA SANITARIA DE LA JUNTA DE
ANDALUCIA (Número de Seguridad Social ó Número de Historia Única de Salud)

DOMICILIO _____

LOCALIDAD _____ C.P. _____

PROVINCIA _____ TFNO. _____

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



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL

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.

A ingresar en la cuenta (CCC):

Entidad	Sucursal	DC	Número de cuenta
---------	----------	----	------------------

En _____, a _____ de _____ de 201

Fdo.- _____

DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA Y RESULTADOS EN SALUD. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD