



Exp. N.º

SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS

N.º de Afiliación a la S. S.

1. PACIENTE:

Apellido 1.º Nombre:
Apellido 2.º Edad: D.N.I.:
Calle o plaza: N.º Escalera: Piso: Letra:
Localidad: C.P.: Provincia: Tfno.:

2. DESEO COBRAR EL IMPORTE SOLICITADO EN:

(Adjuntar fotocopia libreta o cuenta corriente)

TITULAR DE LA CUENTA:

D.N.I. DEL TITULAR DE LA CUENTA:

BANCO / CAJA:

SUCURSAL:

N.º DE CUENTA: / / /

ANOTAR: ENTIDAD OFICINA D.C. LIBRETA N.º

Pamplona, de de

Firma,

NOTA: Las condiciones y documentos a presentar figuran al dorso de este impreso:

3. DATOS REFERENTES AL HECHO CAUSANTE DE LA SOLICITUD:

- Importe al que asciende la reclamación, Euros:

- DOCUMENTOS QUE DEBEN APORTARSE:

1.º Escrito firmado por el asegurado:

Exponiendo los hechos que motivan la solicitud (ver al dorso: posibles fundamentos legales).

2.º Documentos ORIGINALES acreditativos de los gastos realizados que se reclaman (FACTURAS).

3.º Informes médicos que justifiquen la asistencia prestada, necesidad de la misma y fecha en que lo fue:

4.º Otros documentos en apoyo de la petición:

5.º TARJETA INDIVIDUAL SANITARIA DEL ENFERMO