

## Solicitud de reintegro de aportaciones farmacéuticas

### Datos de la persona solicitante

Primer apellido: ..... Segundo apellido: .....

Nombre: ..... N.º del documento de identidad: .....

N.º de afiliación a la Seguridad Social: ..... CIP: 

3	8								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

### Datos a efectos de recibir notificaciones

Tipo (calle, plaza...) y nombre de la vía: .....

N.º: ..... Piso: ..... Puerta: ..... Localidad: .....

Código postal: ..... Municipio: ..... Teléfonos: .....

### Datos de la persona perceptora de la prestación farmacéutica

☐ Titular

☐ Beneficiaria

(Solo si no coincide con la solicitante)

Primer apellido: ..... Segundo apellido: .....

Nombre: ..... N.º del documento de identidad: .....

N.º de afiliación en la Seguridad Social: ..... CIP: 

3	8								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

### Motivo de la solicitud (señale las casillas correspondientes)

- ☐ Aportación de recetas de prestación farmacéutica expedidas a mano o en otras comunidades autónomas para incluirlas en el cálculo del reintegro (debe aportar los documentos del apartado B)
- ☐ Aportación o modificación de datos (bancarios, personales, etc.) (debe aportar el documento del apartado A si se trata de datos bancarios y el documento del apartado C)
- ☐ Desacuerdo con la cuantía de la devolución recibida (debe aportar los documentos de los apartados B y C)
- ☐ Desacuerdo por no haber recibido el reintegro (debe aportar los documentos de los apartados B y C)

Declaro que son ciertos los datos que he consignado en esta solicitud y que puedo acreditarlos documentalmente.

....., ..... de ..... de .....

(rúbrica de la persona solicitante)

### Documentos aportados

- A) Certificado bancario de la cuenta de la persona solicitante (véase el modelo TG002, anexo).
- B) Copia de la receta y original de la factura de la oficina de farmacia, individualizada por paciente y con el detalle de los productos dispensados.
- C) Escrito que detalle el motivo del desacuerdo, el importe y la fecha a que hace referencia.
- D) Otros documentos: .....

**DIRECCIÓN GENERAL DEL SERVICIO DE SALUD DE LAS ISLAS BALEARES**



**Solicitud de transferencia bancaria para pagos de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares**

NIF de la persona receptora	Dígito de control	Difer.	Mandamiento	Clase

Datos de la persona solicitante	Apellidos y nombre o razón social				
	Nombre de la vía pública		Número	Piso	Puerta
	Teléfono	Fax	Localidad	Código postal	Municipio

Datos de la entidad bancaria	Entidad			
	Domicilio de la sucursal o de la oficina			
	Código de la cuenta del cliente			
	Código de la entidad (4 dígitos)	Código de la sucursal (4 dígitos)	Dígitos de control (2)	Número de la cuenta corriente o de la libreta (10 dígitos)

....., ..... de ..... de .....

(rubrica de la persona interesada)

**DILIGENCIA DE CONFORMIDAD DE LA ENTIDAD BANCARIA**

Los datos consignados coinciden con los que obran en esta oficina.

El director / La directora

(rúbrica)

(sello de la entidad)