Gerencia del Área de Salud de Coria
JUNTA DE EXTREMADURA

Remitir debidamente cumplimentado a:
Gerencia del Área de Salud de Coria
Servicio de Contabilidad - Prestaciones Sanitarias
Calle Cervantes 75, 10800 Coria (Cáceres)
Telf. : 927149200
prestaciones.coria@salud-juntaex.es

Espacio reservado para la Administración.

Solicitud de Reintegro de Gastos por Productos Farmacéuticos de Uso Pediátrico

Motivo por el que se Solicita el Reintegro *(Señalar lo que proceda)*	
	Familia Numerosa.
	Persona con Discapacidad.
	Enfermo Pediátrico Crónico.

Datos del Beneficiario/a - Usuario/a *(Menor de 15 años)*			
Primer Apellido:	*Segundo Apellido:*	*Nombre*	*N I F:*
Nª Tarjeta Sanitaria – C I P:	*Domicilio (calle, número, piso, puerta)*		
Localidad:	*Municipio:*	*Código Postal:*	*Provincia:* Cáceres

Datos del Representante Legal: Padre, Madre o Tutor *(En usuario/a menor de edad)*			
Primer Apellido:	*Segundo Apellido:*	*Nombre*	*N I F:*
Parentesco con el Beneficiario/a:	*Teléfono/s:*	*Correo electrónico*	

Primera Petición o Petición Sucesiva *(Señalar lo que proceda)*	
	Primera petición. Solicitud de beneficario/a nueva.
	Petición sucesiva para los que ya tengan reconocido el derecho de gastos. En este caso DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que se mantienen las mismas circunstancias que motivaron el reconocimiento del derecho a la obtención gratuita de productos farmacéuticos de uso pediátrico para las familias numerosas, personas con discapacidad extremeñas y enfermos pediátricos crónicos, previstas en el Decreto 68/2006.

Fecha: …….

Firmado Nombre y apellidos:……

NOTA: SE ADJUNTAN LOS DOCUMENTOS DETALLADOS EN HOJA ANEXA.

Gerencia del Área de Salud de Coria
JUNTA DE EXTREMADURA

Remitir debidamente cumplimentado a:
Gerencia del Área de Salud de Coria
Servicio de Contabilidad - Prestaciones Sanitarias
Calle Cervantes 75, 10800 Coria (Cáceres)
Telf. : 927149200
prestaciones.coria@salud-juntaex.es

Solicitud de Reintegro de Gastos por Productos Farmacéuticos de Uso Pediátrico
Anexo de Documentación

Documentación que se aporta *(Señalar lo que proceda)*	
☐	Fotocopia del Título de Familia Numerosa
☐	Fotocopia del documento acreditativo en que conste un Grado de Discapacidad igual o superior al 33 %
☐	Fotocopia del informe médico justificativo de la enfermedad pediátrica crónica.
☐	Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria Individual del Beneficiario/a para el que se solicita la ayuda.
☐	Fotocopia del DNI, del Representante Legal o Tutor del menor.
☐	Fotocopia del Libro de Familia o documento que acredite la tutoría del menor de edad.
☐	Certificado de empadronamiento del beneficiario menor de edad, que acredite ser residente en Extremadura
☐	Hoja de Tratamientos o copias de las recetas
☐	ORIGINALES de facturas acreditativas de los gastos ocasionados, sellada y firmada por la oficina de farmacia expendedora de los medicamentos, a nombre del beneficiario al que se prescriben los medicamentos facturados.
☐	Documento ALTA a TERCEROS del SES a nombre del representante legal. Debidamente cumplimentado y sellado por la entidad bancaria correspondiente.

RELACIÓN / DETALLE DE FACTURAS APORTADAS		
Fecha de Factura	Nombre del medicamento	Importe en euros