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 Asistencia Sanitaria Prestada con Medios Ajenos

Prestación Solicitada *(describir prestación o prueba realizada)*

Reintegro de Gastos por:	

Datos del Beneficiario/a - Usuario/a

Primer Apellido:	*Segundo Apellido:*	*Nombre*	*DNI-NIF :*
Nº Tarjeta Sanitaria – C I P:	*Domicilio (calle, número, piso, puerta)*		
Localidad:	*Municipio:*	*Código Postal:*	*Provincia:* Cáceres
Teléfono 1:	*Teléfono 2:*	*Correo electrónico*	

Datos del Representante Legal *(En usuario/a menor de edad padre-madre, o en otros casos tutor legal)*

Primer Apellido:	*Segundo Apellido:*	*Nombre*	*DNI-NIF :*
Parentesco con el Beneficiario/a:	*Teléfono/s:*	*Correo electrónico*	

Exposición de Motivos *(Indicar detalladamente las circunstancias que han ocurrido para no haber utilizado los servicios sanitarios públicos del Sistema Nacional de Salud)*

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 Asistencia Sanitaria Prestada con Medios Ajenos
Anexo de Documentación

Documentación que se aporta *(Señalar lo que proceda)*	
☐	Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria Individual del Beneficiario/a para el que se solicita la ayuda.
☐	Fotocopia del DNI del Beneficiario/a para el que se solicita la ayuda. Y Fotocopia del DNI, del Representante legal o Tutor, en caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as.
☐	Fotocopia del Libro de Familia, en caso de beneficiarios menores de edad.
☐	Fotocopia de documento de aceptación de tutoría, en caso de beneficiarios incapacitados o discapacitados cuya patria potestad ha sido prorrogada o rehabilitada.
☐	Informe/s médico/s que expliquen la necesidad de la asistencia sanitaria para la que se solicita el reintegro.
☐	Otro/s Informe/s que justifiquen la solicitud de reintegro de gastos.
☐	ORIGINALES de facturas acreditativas de los gastos ocasionados, y justificante del abono realizado.
☐	Documento ALTA a TERCEROS del SES a nombre del beneficiario o representante legal en su caso. Debidamente cumplimentado y sellado por la entidad bancaria correspondiente.

RELACIÓN / DETALLE DE FACTURAS APORTADAS		
Fecha de Factura	Descripción del concepto facturado	Importe en euros