

GERENCIA DEL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ

SOLICITUD DE PRESTACIÓN SANITARIA ORTOPROTÉSICA

Fecha y firma: En, a de de 202		
Fecha y firma:		
Nombre:		
Apellidos:		
(En caso de tratarse del titular del derecho, no se cumplime	ntará este	e apart
BENEFICIARIO PARA EL QUE SE SOLICITA:		
DATOS BANCARIOS: IBAN:		\neg
Telefono		
	Letra	
		_
Apellidos		
DATOS DEL TITULAR:		
INº EXPEDIENTE:		
NIF:		
/		
Nº AFILIACIÓN SEGURIDAD SOCIAL: /		
	Nº EXPEDIENTE: DATOS DEL TITULAR: Apellidos	Nº EXPEDIENTE: DATOS DEL TITULAR: Apellidos Nombre Calle Nº Piso Letra Localidad: Código Postal Provincia Teléfono DATOS BANCARIOS: IBAN: E S BOLICITA: (En caso de tratarse del titular del derecho, no se cumplimentará este Apellidos: Nombre:

DOCUMENTACIÓN QUE HA DE APORTAR

La solicitud deberá ser cumplimentada por el titular de la Tarjeta Sanitaria y a su nombre, acompañando la siguiente documentación:

- a) Fotocopias de:
 - -DNI/NIE por ambas caras
 - -Tarjeta Sanitaria
- b) Documento de Alta de Terceros debidamente cumplimentado y sellado por la entidad bancaria.
- c) Factura original de la compra. Solamente son susceptibles de recibir la ayuda, las facturas que correspondan a Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios, incluidos en el correspondiente Registro de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios.
- d) Hoja de prescripción del facultativo especialista.
- e) Informe de especial prescripción para aquellos artículos que lo requieran, según catálogo vigente de material ortoprotésico.

DÓNDE PRESENTAR LA SOLICITUD:

LA SOLICITUD IRÁ DIRIGIDA AL DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES SANITARIAS DEL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ, Y SE PRESENTARÁ PREFERENTEMENTE EN CUALQUIER OFICINA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO DE LA JUNTA DE EXTREMADURA, SIN PERJUICIO DE SU PRESENTACIÓN POR CUALQUIER OTRA VÍA ESTABLECIDA SEGÚN LA LEGISLACIÓN VIGENTE. Código DIR A11037352.

GERENTE DEL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ