



## **SOLICITUD DE REEMBOLSO DE EXCESO DE COPAGO EN LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA AMBULATORIA**

**D./D<sup>a</sup>**

**DNI/NIE** **Tarjeta sanitaria de la Junta de Andalucía (NUSS o NUHSA)**

**Domicilio**

**Localidad** **C.P.** **Provincia**

**Teléfono** **Correo electrónico**

### **EXPONE**

- Que ostento la condición de asegurado de la Seguridad Social y dispongo de tarjeta sanitaria del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Que el importe de las aportaciones realizadas en la prestación farmacéutica ambulatoria durante el periodo **excede del nivel y/o límite máximo de aportación que me corresponde según el artículo 102 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.**
- Según mis cálculos, el exceso de aportación asciende a **euros.**

### **SOLICITA**

- El reintegro del exceso de aportación en el periodo señalado.

### **DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR**

- Copia de documento bancario que acredita la titularidad de la cuenta corriente con sus 20 dígitos donde se solicita se efectúe el abono.

### **Imprescindible en caso de solicitud de reembolso por exceso de copago en otra Comunidad Autónoma:**

- Fotocopia de recetas oficiales u hoja de información al paciente
- Recibo emitido por la oficina de farmacia, en el que conste la fecha de dispensación, el nombre del medicamento o producto sanitario, su precio de venta al público (IVA incluido), el nombre del paciente y su aportación.

En , a de de 202  
**Firma**

**Subdirección de Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud-  
Av. de la Constitución, 18. 41001 Sevilla**