



## 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