**ANEXO I**

**Impreso de comunicación al INGESA de los datos de cuenta bancaria**

Nombre: .....

Primer apellido .....Segundo apellido.....

DNI.....

N.º C.I.P. .....CódigoTSI .....

Nº de afiliación a la Seguridad Social del asegurado.....

Domiciliado en.....

c/ .....

Código postal .....

Localidad.....

Solicito al INGESA que en adelante el reembolso que me pudiera corresponder, por el exceso de aportación en la dispensación de recetas oficiales, según los topes mensuales establecidos en el RDL 16/2012, de 20 de abril, se efectúe en la cuenta bancaria que a continuación especifica:

| | IBAN | | | | Entidad | | | | Oficina | | | | D.C. | | Cuenta | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº cuenta o libreta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Sucursal .....

Entidad bancaria .....

Se aporta justificación del número de cuenta o libreta (certificado de la entidad, recibo, cheque, etc…).

En..... a .....de.....201 ....

Firmado.....

**A. DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL INSTITUTO DE GESTIÓN SANITARIA**
**c/ .....**
**CEUTA/ MELILLA**

## ANEXO II

**Impreso de solicitud de reintegro de gastos al INGESA por reintegro de la aportación establecida en el RDL 16/2012 de 20 de abril**

**Motivo del reintegro:**

☐ Disconformidad con la cantidad económica reintegrada.
☐ Recetas obtenidas en distinta Comunidad Autónoma.
☐ Recetas prescritas en talonario o "manuales" (no prescritas por medios informáticos).

N.º de expediente (a rellenar por Administración) .....
Nombre: .....
Primer apellido ..... Segundo apellido .....
DNI .....
Nº. C.I.P ..... CódigoTSI .....
Nº de afiliación a la Seguridad Social del asegurado .....
Domiciliado en.....
c/ .....
Código postal .....
Localidad.....

En aplicación del nuevo sistema de aportación para las Recetas Oficiales de la Seguridad Social, regulado por el RDL 16/2012, de 20 de abril, **Solicito** la **revisión de la cuantía liquidada** que, en concepto de devolución por superar el tope de aportación mensual ha efectuado el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria a mi favor, relativa a los medicamentos y productos sanitarios de Recetas Médicas Oficiales de la Seguridad Social dispensadas en el periodo que se indica a continuación:

Periodo /os de la dispensación ……. …… …… Año……

Para la comprobación de esta reclamación aporto la siguiente documentación:

☐ **Hoja/s instrucciones del paciente de la/s receta** (original *sellado por la farmacia que efectuó la dispensación) donde figuran las prescripciones de los medicamentos o productos sanitarios.

Solicito devolución del original, especificar: **Sí** (aporto fotocopia) ☐ **No** ☐

☐ **Ticket/s de los productos adquiridos en la /s farmacia/s** con datos identificativos de los productos dispensados y de las aportaciones realizadas correspondientes.

☐ **Justificante del ingreso bancario** de aportaciones correspondientes al periodo reclamado.
Informo del -Nº de la Cuenta bancaria en la que deseo en adelante recibir el reintegro

| IBAN | | | | Entidad | | | | Oficina | | | | D.C. | | Cuenta | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Sucursal ..... Entidad.....

En .....a ..... de..... 201 .....

Firmado.....

**DIRECCIÓN TERRITORIAL DEL INSTITUTO DE GESTIÓN SANITARIA**
**C/ .....**
**CEUTA/ MELILLA**