

ANEXO I

FORMULARIO DE COMUNICACIÓN DE NÚMERO DE CUENTA PARA BENEFICIARIOS DE PENSIONISTAS.

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombre y apellidos: _____
DNI o NIE: _____
Domicilio. Calle _____
Localidad, Provincia y Código Postal _____
Número de tarjeta sanitaria: _____

2.- SOLICITA

Que los importes a su favor que deba reintegrar la administración, como consecuencia de aportaciones por prestación farmacéutica ambulatoria que excedan de los límites máximos establecidos en el artículo 94 bis de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, se transfieran a la cuenta que figura en la Ficha de Terceros adjunta:

3.- DOCUMENTACIÓN QUE APORTA

- Copia del anverso de la tarjeta sanitaria.
- Copia del DNI/NIE.
- Ficha de terceros

En _____ a ____ de _____ de _____

Firma del solicitante o representante legal

SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
Plaza de la Convivencia 2, 50017 ZARAGOZA

FICHA DE TERCEROS

Es imprescindible acompañar a este impreso, según proceda, copia de:

- DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD (D.N.I.)
- TARJETA ACREDITATIVA DEL N° DE IDENTIFICACION FISCAL (N.I.F.)
- PERMISO DE RESIDENCIA
- N° DE IDENTIDAD DE EXTRANJERO (N.I.E.) Y DEL PASAPORTE O DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL PAIS

(La copia ha de hacerse en hoja completa sin recortar)

A CUMPLIMENTAR POR EL INTERESADO		<input type="checkbox"/> ALTA	<input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN										
N.I.F. o documento que proceda	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												
Nombre o Razón Social _____													
Nombre Comercial _____													
Domicilio _____ N° _____ Escalera _____ Piso _____ Pta _____													
Población _____ Código Postal _____													
Provincia _____ Teléfono fijo _____													
Actividad Económica _____ Teléfono móvil _____													
E-mail (en mayúsculas) _____ N° de fax _____													
<p>Los datos identificativos y bancarios que figuran en esta ficha deberán ser tenidos en cuenta a partir de esta fecha en todo pago que deba efectuarse al que suscribe por la Diputación General de Aragón.</p> <p style="text-align: center;">_____ a ____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: center;">EL INTERESADO</p>													

A CUMPLIMENTAR POR LA ENTIDAD BANCARIA																									
CODIGO DE CUENTA																									
COD.BANCO	COD. SUCURSAL	D. C.	NÚMERO DE CUENTA																						
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
<p>Certifico que los datos bancarios reseñados corresponden a la cuenta que el titular de referencia tiene abierta en esta entidad.</p> <p style="text-align: center;">Fecha Firma y sello del Banco o Caja de Ahorros</p>																									

ANEXO II

FORMULARIO SOLICITUD DE ABONO DE SALDOS INFERIORES A SIETE EUROS.

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombre y apellidos: _____
DNI o NIE: _____
Domicilio. Calle _____
Localidad, Provincia y Código Postal _____
Número de tarjeta sanitaria (CIA/CIP): _____

2.- EXPONE

Que habiendo realizado aportaciones a la prestación farmacéutica superiores a las cuantías máximas establecidas en el ____ trimestre del año _____ y no habiéndose reintegrado dicho exceso

3.- SOLICITA

La devolución de la cantidad de _____ euros, saldo que considero a mi favor de las aportaciones por prestación farmacéutica ambulatoria realizadas en dicho periodo que exceden de los límites máximos establecidos en el artículo 94 bis de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

4.- DOCUMENTACIÓN QUE APORTA

- Copia del anverso de la tarjeta sanitaria del solicitante.
- Copia del anverso del DNI/NIE del solicitante.
- Información sobre aportaciones y reintegros del trimestre
- Recibo, factura o ticket de las farmacias que dispensaron las recetas.
- Original o copia compulsada del volante de instrucciones para el paciente o del cuerpo de la receta.
Número total de recetas presentadas _____
- Otra (especificar)

En _____ a ____ de _____ de _____

Firma del solicitante o representante legal

ANEXO III

FORMULARIO DE APORTACIÓN DE DATOS PARA SUBSANACIÓN DEL CÁLCULO DE REINTEGRO

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombre y apellidos: _____

DNI o NIE: _____

Domicilio. Calle _____

Localidad, Provincia y Código Postal _____

Número de tarjeta sanitaria (CIA/CIP) : _____

2.- EXPONE

Que ostentando la condición de pensionista y habiendo realizado aportaciones por prestación farmacéutica ambulatoria que exceden de los límites máximos establecidos en el artículo 94 bis de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (para marcar una o varias de las opciones):

- Recetas dispensadas en oficinas de farmacia de otra Comunidad Autónoma.
- Recetas dispensadas en oficinas de farmacia de Aragón que no han sido tenidas en cuenta, o lo han sido de forma errónea, en el cálculo de los reintegros mencionados.

3.- SOLICITA

Se tenga en cuenta la información que aporta a efectos del cálculo y pago del reintegro de las aportaciones por prestación farmacéutica

4.- DOCUMENTACIÓN QUE APORTA

- Copia del anverso de la tarjeta sanitaria del solicitante.
- Copia del anverso del DNI/NIE del solicitante
- Recibo, factura o ticket de las farmacias que dispensaron las recetas.
- Original o copia compulsada del volante de instrucciones para el paciente o del cuerpo de la receta.
Número total de recetas presentadas _____
- Otra (especificar)

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del solicitante o representante legal

SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
Plaza de la Convivencia 2, 50017 ZARAGOZA