



Servicio Navarro de Salud  
Osasunbidea

Nº Registro:

Expte Nº:

Importe:

**HOJA DE SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS SOBRE  
PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA (ORTOPRÓTESIS EXTERNAS)**

IDENTIFICADOR:100000875

**1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE
D.N.I	CIPNA	TSI	TELÉFONO	FECHA NACIMIENTO	
DOMICILIO			C.P.	LOCALIDAD	
En ..... de ..... de 20.....					
Firma,					

**2.- DATOS BANCARIOS texto**

TITULAR DE LA CUENTA	D.N.I.
IBAN (Nº DE IDENTIFICACIÓN BANCARIA)	

**3.- PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA SOLICITADA**

PRODUCTO ORTOPROTÉSICO DISPENSADO				
COD.PRODUCTO ECJ 000A - BAS	DESCRIPCIÓN PRODUCTO Cojín para prevenir las úlceras por presión, de una sola pieza de silicona, gel u otros materiales, para usuarios de sillas de ruedas con alto riesgo de úlcera por presión	PVP	ESTABLECIMIENTO DISPENSADOR	IMPORTE SOLICITADO
COD.PRODUCTO SRM 040A - BAS	DESCRIPCIÓN PRODUCTO Silla de ruedas manual autopropulsable y plegable, con reposabrazos desmontables y/o abatibles y reposapiés abatibles y regulables	PVP	ESTABLECIMIENTO DISPENSADOR	IMPORTE SOLICITADO
DOCUMENTOS APORTADOS				
<input type="checkbox"/> Documento de prescripción ortoprotésica <input type="checkbox"/> Factura <input type="checkbox"/> Otros documentos:				