



PRESCRIPCIÓN DE PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos

DNI: CIPNA: TELÉFONO:

FECHA NACIMIENTO:

DOMICILIO:

MEDICO TITULAR: Nombre del médico titular

Colegiado: N° de colegiado

DIAGNÓSTICO: 21/08/2017 - DEMENCIA - P70 (CIAP del episodio)

MOTIVO: Enfermedad común (Motivo de prescripción)

VALORACIÓN SOCIAL.

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO: (Descripción y código del producto)

Andador de ruedas delanteras y tacos traseros, para niños y adultos (EAN 010A)

CLASE PRESCRIPCIÓN: Primera

OBSERVACIONES: Observaciones.(Texto libre)

Peso del paciente: 65,000 (14/03/2018) Talla: 187 (14/03/2018)

AUTORIZACIÓN PREVIA A LA DISPENSACIÓN:

(Fecha y firma del Servicio de Prestaciones y Conciertos)

Nombre de quien ha realizado la prescripción.

Centro de Salud

Localidad

Fecha

Firma:



HOJA DE SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS

DATOS DEL PACIENTE

PRUEBA PRUEBA PRUEBA

DNI: CIPNA: TELÉFONO:

FECHA NACIMIENTO:

DOMICILIO:

En, a.....de.....de 20.....

Firma:

DATOS BANCARIOS

TITULAR DE LA CUENTA:

DNI:

IBAN (nº de identificación bancaria):

PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA SOLICITADA

Producto solicitado:

Código de producto:

Descripción del producto:

Establecimiento dispensador:

Importe factura:

Importe solicitado:

Documentos aportados:

Documento de prescripción de prestación ortoprotésica.

Justificante de pago

Otros documentos