

**DOCUMENTO DE PRESCRIPCIÓN DE  
PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA (ORTOPRÓTESIS EXTERNAS)  
(Orden Foral )**

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

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE
D.N.I.	CIPNA	TSI	TELÉFONO	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO			C. P.	LOCALIDAD

**2.- DATOS RELATIVOS A LA PRESCRIPCIÓN**

DIAGNÓSTICO		MOTIVO: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Tráfico <input type="checkbox"/> Deportivo <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Malformación congénita <input type="checkbox"/> Enfermedad común <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional <input type="checkbox"/> Otro motivo
VALORACIÓN SOCIAL (PRÓTESIS AUDITIVAS/SILLAS DE RUEDAS MOTORIZADAS)		
CÓDIGO PRODUCTO	DESCRIPCIÓN PRODUCTO	CLASE: <input type="checkbox"/> Primera <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/> Reparación
OBSERVACIONES/MODIFICACIONES SOBRE EL PRODUCTO ORTOPROTÉSICO		PESO:                      TALLA:
COMPROBACIÓN DEL PRODUCTO DISPENSADO (ADAP3/MED) (Fecha y firma del facultativo)	AUTORIZACIÓN PREVIA A LA DISPENSACIÓN (Fecha y firma del Servicio de Gestión de Prestaciones y Concursos, o unidad asimilada)	

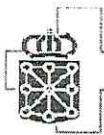
**3.- DATOS DEL FACULTATIVO RESPONSABLE DE LA PRESCRIPCIÓN**

NOMBRE Y APELLIDOS		Nº COLEGIADO
ESPECIALIDAD	CENTRO SANITARIO	
En ..... a ..... de ..... de 20.....		
Firma,		

**Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.-**

**Servicio de Gestión de Prestaciones y Concursos: (Plaza de la Paz, s/n; 31002 Pamplona); Tfno: 848 42 90 04**

**(Juan Antonio Fernández, 12; 31500 Tudela); Tfno: 948 84 82 03**



N° Registro:

Expte. N°:  
  
Importe:

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

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

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

**2.- DATOS BANCARIOS**

TITULAR DE LA CUENTA	D.N.I.
IBAN (N° DE IDENTIFICACIÓN BANCARIA)	

**3.- PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA SOLICITADA**

<b>PRODUCTO ORTOPROTÉSICO SOLICITADO</b>	
CÓDIGO PRODUCTO	DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO
ESTABLECIMIENTO DISPENSADOR	IMPORTE FACTURA
IMPORTE SOLICITADO:	
DOCUMENTOS APORTADOS	
<input type="checkbox"/> Documento de prescripción de prestación ortoprotésica	
<input type="checkbox"/> Justificante del pago (factura)	
<input type="checkbox"/> Otros documentos:	