

Garantía dietista / nutricionista
 Garantía geriátrica
 Garantía psicológica
 Garantía pediátrica
 Atención al hogar

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE ASISTENCIA MÉDICA
DATOS DEL ASEGURADO (PACIENTE)

Nombre y apellidos:					
N.I.F.:			N.º póliza:		
Domicilio:			Número:	Piso:	Puerta:
Población:			Provincia:		
e-mail:		Tel. particular:		Tel. móvil:	

FACTURAS

Fecha factura	Descripción del acto médico	Importe (€)

Sólo se reembolsarán facturas originales que contengan los siguientes datos:

- Datos del emisor de la factura (profesional o centro médico): nombre y apellidos o razón social, domicilio, número de identificación fiscal (N.I.F), especialidad médica, número de colegiado.
- Datos del paciente (asegurado): nombre y apellidos.
- Datos del acto médico prestado: descripción, fecha, coste.

Asimismo, en toda factura debe figurar su número, lugar y fecha de expedición.

DATOS Y CUENTA CORRIENTE DEL PERCEPTOR DEL PAGO

Deseo percibir el pago de este reembolso mediante transferencia a la cuenta corriente que figura a continuación.

Nombre y apellidos:	
N.I.F.:	Banco o Caja
Dirección:	
Población:	Provincia:

IBAN	Entidad	Oficina	DC	Número de cuenta

En..... a de de

Firma
