



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Política Social

A cumplimentar por la Administración

Nº de Expediente:



Servicio de Gestión Farmacéutica
D.G. de Asistencia Sanitaria

ANEXO III

RECLAMACIÓN SOBRE LAS DEVOLUCIONES EFECTUADAS POR EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD EN RELACIÓN A APORTACIÓN POR LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA QUE REGULA EL R.D.L. 16/2012

PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:		NOMBRE:	
DOMICILIO:			C.P.:	LOCALIDAD:	PROVINCIA:
N.I.F.:	C.I.P.:	TELÉFONO/S:		CORREO ELECTRÓNICO:	

PONE EN SU CONOCIMIENTO su desacuerdo con la liquidación realizada por devolución correspondiente a mes de _____ del año _____ y código de control _____

Por:

<input type="checkbox"/>	Discrepancia con la cuantía abonada
<input type="checkbox"/>	Cambio de grupo TSI de aportación por error previo
<input type="checkbox"/>	Otros motivos (especificar a continuación)
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

SOLICITA la revisión y actualización de las devoluciones acorde a la documentación que acompaña

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (indique el número de documentos aportados):	
<input type="checkbox"/>	Recibo/s de compra de la oficina de farmacia con identificación del usuario.
<input type="checkbox"/>	Copia del volante de instrucciones al paciente o de la/s receta/s dispensada/s sellada/s por la oficina de farmacia.

(Puede continuar escribiendo en el reverso).

Fecha y firma del interesado

**DIRIGIDO AL SERVICIO DE ASEGURAMIENTO Y PRESTACIONES
SERVICIO MURCIANO DE SALUD**

De conformidad con la Ley de Orgánica 15/1999 de Protección de Datos Personales, Ud. da su consentimiento para el tratamiento de los datos personales aportados a través de su petición. Estos serán incluidos en el fichero Gestión de prestación farmacéutica. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición establecidos en dicha Ley, ante el Servicio de Gestión Farmacéutica, Dirección General de Asistencia Sanitaria, C/ Central ,7 .Edif. Habitamia - 30100 - Espinardo Murcia.