



Núm. d'expedient	<input type="checkbox"/> Renovació
Regió sanitària de tramitació	

Sol·licitud d'autorització de reintegrament excepcional de medicaments i productes sanitaris no inclosos en la prestació del Sistema Nacional de Salut¹

Dades del/de la pacient

Cognoms i nom		DNI/NIF/NIE	
CIP		Adreça	
Població		Codi postal	
Adreça electrònica	Telèfon	Telèfon mòbil	
Nivell de cobertura			
<input type="checkbox"/> actiu / farmàcia parcial	<input type="checkbox"/> aportació de farmàcia: <input type="text"/> %	<input type="checkbox"/> pensionista / farmàcia reduïda / exempt d'aportació	

Dades de la unitat proveïdora sol·licitant

Descripció de la UP	Codi UP	Telèfon
Metge/essa prescriptor/a	Núm. de col·legiat/ada	

Dades de la prescripció

CNM ¹	Nom del/s producte/s (nom comercial i/o principi actiu)	Presentació	Pauta	Durada prevista	Requisits que s'acompleixen ²				
					b	c	d	e	f
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Justificació de la sol·licitud³

Signatura del metge/essa prescriptor/a Vistiplau del/de la responsable validador/a Segell del CAP

Data Data

¹ Documentació que cal adjuntar:
 - Informe clínic actualitzat de la xarxa pública.
 - Impressió de pantalla de l'RCA del pacient que acredita el seu nivell de cobertura en el moment de formalitzar la sol·licitud.
 - Fotocòpia DNI o document identificatiu.
 Aquesta sol·licitud té validesa, com a màxim, durant un any.

² Marqueu els requisits que s'acompleixen: b. No inclòs en la prestació farmacèutica de l'SNS; c. Indicat per a la patologia; d. Eficàcia provada; e. Imprescindible per al tractament; f. No es disposa d'alternatives ofertades a l'SNS.

³ Cal informar que el producte és imprescindible per al tractament del/de la pacient i que no hi ha cap altra alternativa finançada a càrrec del CatSalut.