

**CatSalut**Servei Català  
de la SalutGeneralitat de Catalunya  
Departament de Salut

Núm. d'expedient

Regió sanitària de tramitació

**Tramitació de l'expedient de reintegrament excepcional de medicaments i productes  
sanitaris no inclosos en la prestació del Sistema Nacional de Salut\*****Dades de la persona beneficiària de la prestació**Aportació de farmàcia:  %

Cognoms i nom

DNI/NIF/NIE

CIP

Adreça

Població

Codi postal

Adreça electrònica

Telèfon

Telèfon mòbil

**Dades de qui percep la despesa**

Cognoms i nom

DNI/NIF/NIE

CIP

Adreça

Població

Codi postal

Telèfon

Relació amb la persona beneficiària

**Dades de la unitat proveïdora**

Descripció UP

Codi UP

Població

Telèfon

Nombre de rebuts

Import total reclamat

Import total autoritzat

Període tramitat

Nom i cognoms del/de la responsable de la UP

Vistiplau del/de la responsable de la UP

Segell del CAP

Data

*\*Documentació que cal adjuntar:*

- Fotocòpia de la o les resolucions corresponents a les factures aportades a l'expedient de tramitació de pagament.
- Original de la Sol·licitud de transferència bancària per a pagaments de prestacions complementàries, degudament emplenada, signada i segellada.
- Original del Full d'autorització de pagament a tercers (si és el cas), degudament emplenat i signat.
- Originals de les factures.
- Documentació acreditativa de la relació que tenen la persona que percep la despesa i la persona beneficiària de la prestació.