XUNTA DE GALICIA | SECRETARÍA XERAL DA EMIGRACIÓN

ANEXO VI

SUPUESTO DE AYUDA: AYUDAS PARA LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS O GRAVES, CUANDO TENGAN UN COSTE ELEVADO (ARTÍCULO 8)

JUSTIFICACIÓN DE GASTOS FARMACÉUTICOS

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA ENFERMA:

D./Dª.

MUTUALIDAD/ENTIDAD SANITARIA DE AFILIACIÓN:

GASTOS MENSUALES DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

MEDICAMENTOS Y MG.	COSTE UNITARIO POR MEDICAMENTO (en moneda del país)	COSTE EFECTIVAMENTE ABONADO POR LA PERSONA USUARIA (*) (en moneda del país)	DOSIS INDICADA POR EL PERSONAL MÉDICO TRATANTE	Nº PASTILLAS POR CAJA	COSTE MENSUAL APLICADOS LOS DESCUENTOS POR MEDICAMENTO (en moneda del país)
				TOTAL	

(*) Excluidas las aportaciones de mutuas, seguros...

ESTÁN APLICADOS LOS DESCUENTOS A LOS QUE TIENE DERECHO POR AFILIACIÓN A LA MUTUALIDAD/ENTIDAD SANITARIA: ☐ SÍ ☐ NO

Lugar y fecha

, de de

FIRMA DEL/DE LA FARMACÉUTICO/A

SELLO (farmacia)

Fdo.:

NOMBRE DE LA ENTIDAD FARMACÉUTICA:

DIRECCIÓN DE LA ENTIDAD FARMACÉUTICA:

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE

Fdo.: