

D./Dña. , mayor de edad, con DNI nº , afiliado nº . y domicilio a efectos de notificaciones en , calle , ante el Organismo al que me dirijo comparezco y

Que conforme a lo indiciado por las normas aplicables, solicito el reintegro de gastos por asistencia sanitaria prestada fuera de los Servicios Públicos de Salud. Y ello, por los siguientes

Primero. El pasado día

Segundo. Considero que los gastos indicados deben serme resarcidos al tratarse de una asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital, razón por la que no se pudo utilizar oportunamente los servicios del Sistema Nacional de Salud, lo cual no constituye utilización desviada ni abusiva.

Tercero. Adjunto copia del documento de filiación , de la tarjeta de asistencia sanitaria y fotocopia de mi DNI .

Por todo lo indicado,

Que habiendo por presentado este escrito con los documentos que se acompañan, tenga por efectuada la solicitud de reintegro de gastos de asistencia sanitaria atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud y, previos los trámites oportunos, se dicte resolución favorable y me sea reintegrado y abonado el importe reseñado de euros que hube de abonar por la asistencia sanitaria recibida.

En

Firmado,

**En caso de no respuesta, se podrá cursar denuncia judicial.**