Servicio Madrileño de Salud

SaludMadrid

Comunidad de Madrid

SOLICITUD DE PAGO POR ENDOSO

APELLIDOS_____

NOMBRE _____ **Nº AFILIACION** ___/ _____

SOLICITO: Que en caso de resolución favorable a la concesión de la prestación que me corresponda, conforme determina el baremo del catálogo general de material ortoprotésico en vigor, se realice el abono directamente a la casa suministradora según el detalle que se acompaña:

CÓDIGO	ESPECIALIDAD

IMP. TOT.:

ACEPTO EL PAGO POR ENDOSO
LA CASA SUMINISTRADORA
(SELLO Y FIRMA)

Madrid ___ de _____de 20 __

EL SOLICITANTE,

Fdo.: _____

En su caso: El Rppte. Legal ha presentado: D.N.I., Escritura bastanteada por el Servicio Jurídico de la Comunidad de Madrid. ☐

Fdo.: _____

D.N.I. _____

DATOS DE LA EMPRESA DE ORTOPEDIA	
Nombre y Apellidos o Razón Social	
D.N.I./C.I.F	
IBAN	

SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

CONSIENTO ENDOSO

IMPORTANTE: Aceptado el pago endosado, tanto por la Viceconsejería como por la Casa Suministradora, el establecimiento ortopédico deberá remitir obligatoriamente al Servicio Madrileño de Salud la factura original del gasto, en la que conste la conformidad del asegurado, a fin de justificar la entrega al mismo del artículo ortoprotésico