



SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS DE PRESTACION ORTOPROTÉSICA Y PAGO POR ENDOSO

EXPEDIENTE (a cumplimentar por la Administración):

SOLICITUD DE REINTEGRO

PACIENTE/SOLICITANTE: (Cumplimentar en todo caso con los datos del paciente)

Nombre:	Primer apellido:	
Segundo apellido:	D.N.I.	C.I.P./CIPA.

REPRESENTANTE: (Cumplimentar en caso de representación)

Nombre:	Primer apellido:	
Segundo apellido:	D.N.I.	
Título de representación:		

DOMICILIO (Cumplimentar con los datos del paciente si es el solicitante, si actúa por medio de representante cumplimentar con los datos del representante)

Vía:	Número:	Planta:	Puerta:
C.P.:	Localidad:		Provincia:
Correo Electrónico:		Teléfono:	

CAUSA DE LA ASISTENCIA (señalar con una x la que proceda)

<input type="checkbox"/> Enfermedad común
<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo o enfermedad profesional
<input type="checkbox"/> Accidente de Tráfico
<input type="checkbox"/> Otros

DATOS BANCARIOS PARA TRANSFERENCIA (24 dígitos)

País	D.C.	Entidad	Oficina	D.C.	Nº de cuenta
------	------	---------	---------	------	--------------

Titular de la cuenta

D.N.I.

PRODUCTO/S QUE SOLICITAN:



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PAGO POR ENDOSO

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

Nombre y Apellidos o Razón Social	
DNI/CIF	

Declaración responsable de cuenta bancaria:

Código IBAN	Entidad	Oficina	D.C.	Nº de cuenta
-------------	---------	---------	------	--------------

DECLARACIÓN DE SOLICITUD Y ACEPTACIÓN DEL ENDOSO.

ACEPTO EL PAGO POR ENDOSO
(FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO ARRIBA INDICADO)

FIRMA DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS DEL RPTE. LEGAL:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE:

Nº DNI/NIE DEL RPTE.LEGAL:

Nº DNI/NIE DEL SOLICITANTE:

El representante legal declara de la veracidad de los datos consignados y los relativos a la titularidad de la cuenta bancaria de acuerdo con lo establecido en el art. 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.

Ambas partes declaran la veracidad de las firmas contenidas en el presente documento de acuerdo con lo establecido en el art. 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. El solicitante declara estar libre de cualquier tipo de embargo.

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA

DOCUMENTACIÓN DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA: (señalar si procede)

Factura/s original/es de los gastos realizados. Se admitirán presupuestos a fin de comenzar la tramitación del expediente, si bien se le requerirá la factura durante la tramitación del mismo

Prescripción original de un facultativo especialista del Sistema Nacional de Salud, Centro Base o Centro Concertado al que haya sido remitido por su Gerencia de Salud de Area/Gerencia de Asistencia Sanitaria.

En caso de representación, documentación acreditativa de la misma.

Informe del/la trabajador/a social del Centro de Salud al que pertenezca el solicita (recogerá la situación familiar, laboral, económica y social), si procede.

Fotocopia del documento que acredite el grado de discapacidad del paciente igual o superior al 66%, si procede.

Fotocopia del documento que acredite la situación de dependencia reconocida al paciente como mínimo en grado II, si procede.

Documentación acreditativa de la identificación y representación en virtud de la que actúa el aceptante del endoso

Cuando proceda, documentación adicional.

DOCUMENTACIÓN VOLUNTARIA

DOCUMENTACIÓN DE PRESENTACIÓN VOLUNTARIA: (Documentación a presentar por el interesado si se opone expresamente a que la Administración los obtenga o recabe.)

Me opongo expresamente a que la administración obtenga los siguientes documentos que presento (señalar los documentos)

Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria Individual del paciente.

Fotocopia del DNI del solicitante, siempre que no sea el paciente.

De conformidad con el artículo 28.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, cuando la Administración no pueda recabar los documentos necesarios, podrá solicitar al interesado su presentación.

El solicitante declara de forma responsable: La veracidad de los datos consignados en la solicitud y los relativos a la titularidad de la cuenta bancaria, de acuerdo con lo establecido en el art. 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre

En _____ a _____ de _____ de _____ .

Firma del solicitante/representante (en su caso)

En cumplimiento del REGLAMENTO (UE) 2016/679 (RGPD) los datos personales contenidos en este formulario y en la documentación adjunta serán tratados con el fin de tramitar su solicitud; el responsable del tratamiento es la Dirección General de Sistemas de Información, Calidad y Prestación Farmacéutica de la Gerencia Regional de Salud ante la que puede ejercer los derechos establecidos en los art. 15 a 22 del RGPD. Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en el Portal de Salud de Castilla y León <https://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/>.

Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario electrónico, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.