



SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS POR UNA PRESTACIÓN SANITARIA

Página 1 de 2

Datos del paciente

NIF/CIF/NIE/N.º Pasaporte	Nombre	Apellido 1	Apellido 2
Fecha de nacimiento	CIP		

Datos del solicitante (Cumplimentar cuando el solicitante no sea el paciente)

NIF/CIF/NIE/N.º Pasaporte	Nombre	Apellido 1	Apellido 2
VINCULACIÓN ENTRE EL SOLICITANTE Y EL PACIENTE			
<input type="checkbox"/> Familiar (Adjuntar documento que acredite la relación familiar)	<input type="checkbox"/> Pareja de hecho (Adjuntar documento que acredite la relación de hecho)	<input type="checkbox"/> Representante legal (Adjuntar documento que acredite la representación legal)	<input type="checkbox"/> Persona autorizada al efecto (Adjuntar documento que acredite la autorización expresa)

Datos a efectos de notificación

Tipo de vía	Nombre de la vía	N.º	Piso	Puerta	Otros	Código postal	Localidad
Municipio	Provincia	Teléfono	Fax	Dirección de correo electrónico			

Solicita

Considerando que, en virtud de lo establecido en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto y el Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, reúno los requisitos para obtener una prestación sanitaria,

Solicito el reintegro de gastos por una prestación sanitaria (indique el proceso realizado):

- Prestación ortoprotésica / Sillas de ruedas y adaptaciones**
- Asistencia Sanitaria** **Farmacia** **Desplazamientos y dietas**

Causa de la solicitud:

- Accidente de trabajo Enfermedad común Accidente de tráfico Tercero obligado al pago (especificar)

¿Dónde presentar la documentación?

- Centros de salud y hospitales.
- Dirección Gerencia del Servicio Cantabro de Salud.
- Punto de información del Servicio Cantabro de Salud.
- Inspecciones Médicas
- Otras formas previstas en el art. 16 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.

DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO CANTABRO DE SALUD

Avda. Cardenal Herrera Oria, s/n (edificio anexo a Hospital Cantabria)
39011-Santander. Cantabria.

Documentación adjunta (marque lo que proceda)		
DOCUMENTACIÓN COMÚN	AUTORIZO LA CONSULTA ¹	SE APORTA CON LA SOLICITUD
1. Tarjeta sanitaria del paciente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. DNI/NIF/CIF del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si el paciente no es el solicitante: → DNI/NIF/CIF del solicitante. → Documento que acredite la vinculación entre el solicitante y el paciente.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Certificado de titularidad bancaria firmado electrónicamente por la Entidad Financiera, cuya autenticidad pueda ser comprobada digitalmente.		<input type="checkbox"/>
DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA		
5. Prestación ortoprotésica y sillas de ruedas - Prescripción facultativa. - Factura original del material adquirido conforme a normativa sobre facturación en vigor. - En caso de discapacidad superior al 33% → fotocopia de la resolución de discapacidad. <ul style="list-style-type: none"> • Si se solicita el pago directo al establecimiento dispensador (endoso) → informe del Trabajado Social. → presupuesto. • Productos que no tienen establecida cuantía en el Catálogo y reparaciones: → 2 presupuestos. 		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Reintegro de gastos de Asistencia sanitaria con medios ajenos. - Asistencia no autorizada → exposición explicativa de los motivos de la solicitud. - Si se trata de asistencia previamente autorizada → copia certificado Ley de Garantías/Autorización. - Copia del informe clínico de la atención prestada. - Facturas originales de los gastos ocasionados por la asistencia recibida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Reintegro del importe de medicamentos: - Exposición explicativa de los motivos de la solicitud. - Copia del informe clínico. - Copia de la hoja de tratamiento. - Recetas. - Factura o ticket originales de los medicamentos adquiridos. - En caso tener reconocida la condición de pensionista sin disponer aún de la tarjeta correspondiente, copia de la Resolución de reconocimiento de dicha condición.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Reintegro del importe de desplazamientos y dietas - Justificante de estancia en el centro sanitario que indique los días de ingreso o consulta. - Facturas o tiques originales de los gastos de alojamiento y alimentación. - Si el desplazamiento se realiza en transporte público deben presentarse billetes originales.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>1 Según el art. 28 de la Ley 30/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se entiende otorgado el consentimiento para que el órgano administrativo competente consulte de forma electrónica o por otros medios a esta Administración Pública, otras Administraciones o entes, los datos personales anteriormente relacionados que son necesarios para la resolución de este procedimiento.</p> <p>En caso de no otorgar el consentimiento para la consulta marque la siguiente casilla:</p> <p><input type="checkbox"/> NO AUTORIZO al órgano administrativo para que consulte los datos. En este caso debe aportar los documentos junto a la solicitud.</p>		

Declaración responsable
Son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y, en su caso, en la documentación adjunta y esta última es fiel copia de los originales. Conozco y acepto que la Administración Pública podrá comprobar, en cualquier momento, la veracidad de todos los documentos, datos y cumplimiento de los requisitos por cualquier medio admitido en Derecho. En el supuesto de que la Administración compruebe la inexactitud de los datos declarados, el órgano gestor estará facultado para realizar las actuaciones procedentes sin perjuicio de las responsabilidades que pudieran corresponder en virtud de la legislación aplicable.

Fecha:	Firma:
--------	--------

DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO CANTABRO DE SALUD
 Avda. Cardenal Herrera Oria, s/n (edificio anexo a Hospital Cantabria)
 39011-Santander. Cantabria.

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero de PRESTACIONES SANITARIAS, cuya finalidad es "Gestión y control de los datos de prestaciones sanitarias para el seguimiento del mismo, incluyendo gestión de la actividad asistencial y gestión financiera de la misma, producción de estadísticas e investigación sanitaria", podrán ser cedidos de conformidad con lo previsto en el artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos en la citada Ley, ante el Servicio Cantabro de Salud.