



Nº Procedimiento

120051

Código SIACI

SISV

SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS POR PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (si es representante o tutor deberá acreditarse legalmente.*)

NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento:	<input type="text"/>	Nombre:	<input type="text"/>
1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>		
En calidad de:	Solicitante <input type="checkbox"/>	Representante <input type="checkbox"/>	Tutor <input type="checkbox"/>		
Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>				
Domicilio:	<input type="text"/>				
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico**:	<input type="text"/>

* Si existe representante, las comunicaciones que deriven de esta solicitud se realizarán con el representante designado por el interesado.

**El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.

CIP (código de identificación de la tarjeta sanitaria del paciente)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Letras

Números

DATOS DEL PACIENTE

Sólo rellenar en caso de no coincidir con el solicitante

NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento:	<input type="text"/>	Nombre:	<input type="text"/>
1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>		
Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>				

MOTIVO DE LA SOLICITUD

Deberá cumplimentarse una solicitud por cada grupo de productos

Grupo 1. Sillas de ruedas:

- Silla de ruedas manual Silla de ruedas eléctrica Asiento Batería
- Adaptaciones especiales para silla de ruedas

Grupo 2. Material ortoprotésico

IMPORTANTE: El solicitante acepta las condiciones establecidas en la normativa vigente y se compromete a devolver en su Centro de Salud el material ortoprotésico recuperable (sillas de rueda, andadores y bastones), una vez finalizada su utilización y si se encuentra en buen uso.



MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN

- Correo postal *(Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligadas a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).*
- Notificación electrónica *(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y que sus datos son correctos.)*

DATOS BANCARIOS DEL SOLICITANTE

TITULAR DE LA CUENTA:

BAN				Código entidad				Sucursal			DC		Número de cuenta							

ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

Declaración responsable:

Declaro que son ciertos los datos reflejados en esta solicitud y los documentos aportados, y conozco que la inexactitud, falsedad u omisión en cualquier dato o documento puede producir los efectos previstos en el artículo 69, punto 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Autorizaciones:

Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración Pública salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.

En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:

- Me opongo a la consulta de los datos acreditativos de identidad.

En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se comprometo a aportar la documentación pertinente.

Documentación que se adjunta

- Factura de adquisición del material ortoprotésico en la que figure de forma expresa el producto dispensado, el código que según Catálogo le corresponde y el importe abonado. *
- Documento de prescripción, extendido por el facultativo especialista en la materia correspondiente. **
- Informe médico justificativo para artículos de especial prescripción.

*La fecha de la factura debe ser posterior a la de la hoja de prescripción.

** Este documento tiene un plazo de validez de 60 días naturales desde la fecha de su formalización.

El plazo máximo para presentar la solicitud de reintegro es de 5 años a contar desde el día siguiente a la fecha de la prescripción del material ortoprotésico.

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	Dirección General de Asistencia Sanitaria.
Finalidad	Gestión de prestaciones sanitarias.
Legitimación	Ejercicio de Poderes Públicos – Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre Derechos y Deberes en materia de Salud de Castilla-La Mancha.
Destinatarios	Existe cesión de datos.
Derechos	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional.
Información adicional	Disponible en la dirección electrónica: https://rat.castillalamancha.es/info/1148

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del solicitante

TITULAR DE LA GERENCIA DE