



Nº Procedimiento

170009

Código SIACI
SJCY

SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTO POR APORTACIONES EN LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA AMBULATORIA-

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"/>
Número de documento					
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"/>

CIP (Código identificación tarjeta sanitaria de la persona asegurada o beneficiaria (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

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

DATOS DE LA PERSONA USUARIA O BENEFICIARIA DE LA PRESTACIÓN SANITARIA (PACIENTE).

Sólo rellenar en caso de no coincidir con la persona solicitante.

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

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.)*



MOTIVO DE LA SOLICITUD

- Por errores en el porcentaje de aportación o el tope máximo mensual que corresponda en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario.
- Aportaciones indebidas por cambio tipo de aportación.
- Por abono en otra CCAA de una aportación que aislada o conjuntamente sea superior al máximo fijado en la ley.*

*Imprescindible presentar copia/volante de las recetas y facturas simplificadas/facturas de la oficina de farmacia.

OTROS SUPUESTOS CORRESPONDIENTES A LA APORTACIÓN DEL USUARIO EN LA DISPENSACIÓN: (Indíquelos)

Datos bancarios en caso de que desee el reintegro en un nº de cuenta diferente al de la pensión.

TITULAR DE LA CUENTA:

IBAN				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.
- Me opongo a la consulta de los datos de domicilio o residencia a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia (SVDR).
- Me opongo a la consulta de los datos referidos a la Seguridad Social.
- Me opongo a la consulta de los datos o documentos emitidos por la Administración Regional o en poder de la misma:

DOCUMENTO ALEGADO	UNIDAD DEL SESCAM/ ADMON. DE LA JCCM

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

Documentación que se adjunta (si procede), salvo que ya se haya aportado ante cualquier Administración Pública:

- Copia de recetas médicas o volante de instrucciones al paciente en la que conste el producto prescrito. En caso de receta electrónica, copia de la hoja de medicación o documento equivalente.
- Facturas simplificadas/facturas emitidas por la/s Oficina/s de Farmacia.

Otra documentación que se adjunta (indicar, en su caso):

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	Dirección General de Asistencia Sanitaria.
Finalidad	Gestión de Prestaciones Sanitarias.
Legitimación	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 de la persona solicitante,

**DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA
SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA. Avda. Río Guadiana, nº 4 45071 Toledo.
CÓDIGO DIR A08015065**