Nº Procedimiento

30358

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 ☐ NIE ☐ Número de documento: _____ Nombre: _____

1º Apellido: _____ 2º Apellido: _____

En calidad de: Solicitante ☐ Representante ☐ Tutor ☐

Domicilio: _____

Provincia: _____ C.P.: _____ Población: _____

Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____

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

Letras Números

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

DATOS DEL PACIENTE

Sólo rellenar en caso de no coincidir con el solicitante

NIF ☐ NIE ☐ Número de documento: _____ Nombre: _____

1º Apellido: _____ 2º Apellido: _____

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 ☐

En cumplimiento de lo establecido en la legislación vigente de Protección de Datos de Carácter Personal, el SESCAM le informa que sus datos personales van a ser incorporados a un fichero denominado "gestión sanitaria" cuyo responsable es el Director Gerente del SESCAM, con la finalidad de gestión de prestaciones y servicios sanitarios. Las cesiones de datos que se produzcan son las autorizadas en la legislación aplicable. La negativa a facilitar los datos puede suponer la imposibilidad de mantener cualquier tipo de relación con usted.

Asimismo, se le informa que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiendo un escrito al titular de la Dirección-Gerencia del SESCAM, Avenida Río Guadiana nº 4, CP 45071 de Toledo, o bien telemáticamente en el siguiente enlace: https://www.jccm.es/sede/ventanilla/electronica/J5X

Para cualquier consulta y/o comentario se puede dirigir a la dirección de correo electrónico datospersonales@sescam.jccm.es.

☐ **PAGO DIRECTO DEL SESCAM A LA ORTOPEDIA (ENDOSO):**

Nombre de la ortopedia CIF de la ortopedia

☐ **PAGO DIRECTO DEL SESCAM AL USUARIO**

DATOS BANCARIOS DEL SOLICITANTE

TITULAR DE LA CUENTA:

IBAN				Código entidad				Sucursa				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 71 bis punto 4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

AUTORIZO a este órgano gestor del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha para que pueda proceder a la comprobación y verificación de los siguientes datos:

☐ **SI** ☐ **NO:** Los acreditativos de identidad.

Todo ello en los términos establecidos en los artículos 4 y 5 del Decreto 33/2009, de 28 de abril, por el que se suprime la aportación de determinados documentos en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y de sus organismos públicos vinculados o dependientes, comprometiéndose, en caso de no autorización, a aportar la documentación pertinente.

Documentación que se adjunta

☐ Factura en la que figure nombre, apellidos, DNI del paciente, así como el producto dispensado, el código que según el Catálogo General de Material Ortoprotésico le corresponde y el importe abonado.

☐ Hoja de prescripción del facultativo especialista del SESCAM o del centro concertado al que se haya remitido previamente al paciente. *

☐ Documento de autorización en caso de endoso.

☐ Informe médico justificativo para artículos de ESPECIAL 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 un año a contar desde el día siguiente a la fecha de la prescripción del material ortoprotésico.

En a de de

Firma del solicitante

TITULAR DE LA GERENCIA DE