

## SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS POR UNA PRESTACIÓN SANITARIA

### 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?

- Dirección Gerencia del Servicio Cántabro de Salud.
- Cualquier Registro de las administraciones.
- Otras formas previstas en el art. 16 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.

### Política de Protección datos

En cumplimiento de la ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales y del Reglamento General de Protección de Datos (Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016), a Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre se informa:

Tratamiento, registro y tramitación de solicitudes de reintegro de gastos por una prestación sanitaria. **Responsable:** Gerencia del Servicio Cántabro de Salud. Con domicilio en Avda. Cardenal Herrera Oria s/n 39011 Santander. **Finalidad:** El registro de solicitudes, escritos y comunicaciones dirigidas al Servicio Cántabro de Salud, con la finalidad de acreditar la presentación de esa documentación en tiempo y forma por parte de los ciudadanos y ciudadanas; así como para que el Servicio Cántabro de Salud pueda ejercer las competencias que tiene atribuidas resolviendo la pretensión ejercitada: solicitud de reintegro de gastos por una prestación sanitaria. **Derechos:** El interesado tiene los siguientes derechos: acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad de los datos, oposición y retirada del consentimiento prestado. Estos derechos los puede ejercitar poniéndose en contacto con el Delegado de Datos: Correo electrónico [dpsanidad@cantabria.es](mailto:dpsanidad@cantabria.es)

También tiene derecho a reclamar ante la siguiente autoridad de control. Agencia Española de Protección de Datos ([www.aepd.es](http://www.aepd.es))

Puede consultar información adicional en <https://www.scsalud.es/proteccion-datos>

He leído y acepto la Política de Protección de Datos

**Documentación adjunta (marque lo que proceda)**

DOCUMENTACIÓN COMÚN	AUTORIZO LA CONSULTA <sup>1</sup>	SE APORTA CON LA SOLICITUD
1. Tarjeta sanitaria del paciente.		
2. DNI/NIF/CIF del paciente.		
3. Si el paciente no es el solicitante: → DNI/NIF/CIF del solicitante. → Documento que acredite la vinculación entre el solicitante y el paciente.		
4. Certificado de titularidad bancaria firmado electrónicamente por la Entidad Financiera, cuya autenticidad pueda ser comprobada digitalmente.		
DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA		
<b>5. Prestación ortoprotésica y sillas de ruedas</b> - 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"> <li>• Si se solicita el pago directo al establecimiento dispensador (endoso) → informe del Trabajador/a Social si la prescripción no supera la cuantía de 500€. → presupuesto.</li> <li>• Productos que no tienen establecida cuantía en el Catálogo y reparaciones: → 2 presupuestos.</li> </ul>		
<b>6. Reintegro de gastos de Asistencia sanitaria con medios ajenos.</b> - 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.		
<b>7. Reintegro del importe de medicamentos:</b> - Exposición explicativa de los motivos de la solicitud. - Copia del informe clínico. - Copia de la hoja de tratamiento (Receta electrónica). - Recetas en soporte papel. - 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.		
<b>8. Reintegro del importe de desplazamientos y dietas</b> - Justificante de estancia en el centro sanitario que indique los días de ingreso o consulta. - Facturas o tickets originales de los gastos de alojamiento y alimentación. - Si el desplazamiento se realiza en transporte público deben presentarse billetes originales.		
<sup>1</sup> De acuerdo con lo establecido en el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. En caso de oponerse a que la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria verifique de oficio los documentos, marque la siguiente casilla: En este caso deberá aportar la documentación acreditativa correspondiente. En aquellos casos en los que haya presentado con anterioridad en la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria, la documentación solicitada, indique la fecha y el órgano o dependencia en que fueron presentados, estando exento de presentar dicha documentación.		
FECHA	DOCUMENTACIÓN PRESENTADA	ÓRGANO O DEPENDENCIA

**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: