**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  NIE  Número de documento | | | | Número de documento: | | | | | |  | | | | | | | Nombre: | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1º Apellido: | | |  | | | | | | | | | | | 2º Apellido: | | | | |  | | |  |
| En calidad de: Solicitante  Representante  Tutor  Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | | |  | | C.P.: |  | | |  | Población: | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | |  | | Teléfono móvil: | | | |  | | | | |  | | Correo electrónico: | | |  |  |
| **CIP (Código identificación tarjeta sanitaria de la persona asegurada o beneficiaria (paciente).**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | 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  NIE  Número de documento | | Número de documento: | |  | | Nombre: | |  |  |
|  | | | | | | | | | |
| 1º Apellido: |  | | | | 2º Apellido: | |  | |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |

|  |
| --- |
| **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*](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**