**SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS POR SALUD BUCODENTAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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  HombreMujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | | |  | | C.P.: |  | | | |  | Población: | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | |  | | Teléfono móvil: | | | |  | | | |  | | Correo electrónico**\*\***: | | | |  |  |
| **\*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)**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | Letras | | | | | | Números | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL PACIENTE**  ***Sólo rellenar en caso de no coincidir con el solicitante*** | | | | | | | | | |
| NIF NIE Número de documento | | Número de documento: | |  | | Nombre: | |  |  |
|  | | | | | | | | | |
| 1º Apellido: |  | | | | 2º Apellido: | |  | |  |
| HombreMujer | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MOTIVO DE LA SOLICITUD** |
| Tratamientos bucodentales. |

|  |
| --- |
| **DATOS BANCARIOS DEL SOLICITANTE**  **TITULAR DE LA CUENTA:** |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **IBAN** | | | | **Código entidad** | | | | **Sucusal** | | | | **DC** | | **Número de cuenta** | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |
| --- |
| **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.)* |

|  |
| --- |
| **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 compromete a aportar la documentación pertinente.  **Documentación que se adjunta**  Factura acreditativa del tratamiento realizado.  Informe clínico del dentista que ha realizado el tratamiento.  Hoja de prescripción (Modelo de Indicación de Tratamientos Bucodentales Especiales - MITBE) |

|  |  |
| --- | --- |
| **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**