|  |
| --- |
| **Reintegro de gastos sanitarios a las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social por la prestación de asistencia sanitaria cuando no se trate de contingencias profesionales.** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS LA MUTUA SOLICITANTE** | | | | |
| Nombre de la Mutua: | | | | CIF: |
| Domicilio: | | Localidad: | | |
| Provincia: | Cód. Postal: | |  | Correo electrónico: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF NIE | | | | | Número de documento: | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | 1º Apellido: | | | | |  | | | 2º Apellido: | | |  |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | |  | | | C.P. | |  | | |  | Población: | | |  | |  |
| Teléfono: |  | |  | | | | |  | | Correo electrónico: | | | | |  | | | |  |

|  |
| --- |
| EXPONE |
| Que la Mutua       ha prestado asistencia sanitaria a la persona trabajadora D.Dª       DNI      ; Domicilio tarjeta sanitaria      Importe asistencia:  Que conforme lo establecido en la normativa de aplicación |

|  |
| --- |
| SOLICITA |
| El reintegro de gasto sanitario por la asistencia sanitaria prestada cuyos importes se acreditan en documentación adjunta |

|  |
| --- |
| Documentación que se adjunta. |
| Poder de representación  Factura de la asistencia  Resolución Determinación Contingencia INSS.  Certificado de firmeza de la Resolución del INSS.  Partes de IT: baja y alta.  Volante de asistencia firmado por la empresa.  Copia sellada del escrito de determinación de contingencia presentado ante el INSS  Justificación de cada uno de los conceptos facturados: Con carácter general será necesario informe indicando: Centro que ha prestado la asistencia: Medios propios o Medios ajenos. Caso medios ajenos: prescripción facultativa de la Mutua de derivación de paciente a Centro ajeno a la Mutua; Factura; Acreditación del pago de dicha factura.  Consultas: Cita previa; asistencia prestada. Pruebas y tratamientos farmacológicos (prescripción facultativa, justificación de la prueba, factura proveedor y acreditación pago factura). |

|  |
| --- |
| 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. |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Secretaría General Sescam |
| **Finalidad** | Reintegrar a Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social el coste de la asistencia sanitaria prestada a personas trabajadoras cuando no se trate de accidentes laborales. |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos.    Datos de categoría especial: 9.2.h) el tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social del Reglamento General de Protección de Datos.  6.1.e) Misión de interés público o ejercicio de poderes públicos 9.2.h) Para fines de medicina preventiva o laboral. |
| **Destinatarios** | No 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/](https://rat.castillalamancha.es/info/1163)2645 |

En       a       de       de

(Firma)

**Secretaría General del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Código DIR.** A08015062