**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**