Govern de les Illes Balears

Servei de Salut

SOL·LICITUD PER PRESTACIÓ SANITÀRIA
Solicitud por prestación sanitaria

Núm. d'Afiliació a la Seguretat Social / *Nº. de Afiliación a la Seguridad Social*

DNI del titular / *D.N.I. del titular*

PRESTACIÓ QUE SOL·LICITA /*Prestación que solicita:*

☐ Material ortoprotètic / *Material ortoprotésico* (*)

☐ Reintegrament de despeses per trasllat de malalts/ *Reintegro de gastos por traslado de enfermos*

☐ Reintegrament de despeses mèdiques / *Reintegro de gastos médicos*

DETALL DE LA PRESTACIÓ QUE SOL·LICITA (exemple: cadira de rodes, dietes, etc.) / ***Detalle de la prestación que solicita*** *(ejemplo: silla de ruedas, dietas, etc.).*

……..

CAUSA DE L'ASSISTÈNCIA / ***Causa de la asistencia.***

☐ Malaltia comuna / *Enfermedad común*

☐ Accident de trànsit / *Accidente de tráfico*

☐ Accident laboral / *Accidente laboral*

☐ Accident casual / *Accidente casual*

☐ Altres / *Otros*

1r DADES DEL TITULAR DE LA CARTILLA / ***Datos del Titular de la Cartilla.***

Llinatge 1r / *1er apellido* …….. Llinatge 2n / *2º apellido* ……..……..……....……..

Nom / *Nombre* …….. Sexe / *Sexo* …… Data de naixement / *Fecha de nacimiento* ….....

2n DOMICILI / Domicilio.

Carrer o plaça / *Calle o Plaza* …….……..... Núm. ……. Escala / *Escalera* ……..

Pis/*Piso*.....Lletra / *Letra* ……..… Localitat / *Localidad* …….……..... Codi postal / *CódigoPostal* ……....

Província / *Provincia* …….……..... Telèfons / *Teléfonos* ……..……..……. …..……..……..……

3r BENEFICIARI PER QUI ES SOL·LICITA (cas de tractar-se del titular del dret, aquest apartat no s'ha d'emplenar) / ***Beneficiario para el que se solicita*** *(en caso de tratarse del titular del derecho, no se cumplimentará este apartado).*

Llinatge 1r / *1er Apellido* ……..……..… Llinatge 2n / *2º Apellido* ……..…..……..……..…..

Nom / *Nombre* …….……... Parentiu amb el titular / *Parentesco con el titular* ……..…….……..

……., …….. de …… de ……

(signatura) *(firma)*

(*) EMPLENAR EN EL CAS DE SOL·LICITUD DE DESPESES PER A L' ADQUISICIÓ DE MATERIAL ORTOPROTÈTIC */ A rellenar en caso de solicitud de gastos por la adquisición de material ortoprotésico:*

El sol·licitant es compromet a tornar el material objecte d'aquesta petició (cadira de rodes, caminador o bastons especials) quan no sigui necessària la seva utilització/ El solicitante se compromete a devolver el material objeto de esta petición (silla de ruedas, andador o bastones especiales) cuando ya no sea necesaria su utilización.

Signatura / Firma:

DIRECTOR GENERAL DEL SERVEI DE SALUT DE LES ILLES BALEARS (*Ib-salut*)

Director General del Servicio de Salud de las Illes Balears (Ib-salut)

DOCUMENTS NECESSARIS PER AL TRÀMIT DE REINTEGRAMENT DE DESPESES DE LES DIFERENTS PRESTACIONS

Documentos necesarios para el trámite de reintegro de gastos de las diferentes prestaciones

DOCUMENTS COMUNS PER A LA SOL·LICITUD DE LES DIFERENTES PRESTACIONS / ***Documentos comunes para la solicitud de las diferentes prestaciones.***

1. Fotocòpies dels següents documents: DNI del titular o document equivalent en vigor, targeta sanitària del titular i del pacient quan aquest sigui beneficiari, o P-1 del beneficiari, i llibreta d'estalvis o certificació bancaria on figuri el número de compte i el nom del titular / *Fotocopias de los siguientes documentos: D.N.I. del titular o documento equivalente en vigor, tarjeta sanitaria del titular y del paciente cuando éste sea beneficiario, o P-1 del beneficiario, y libreta de ahorros o certificación bancaria donde figure el número de cuenta y el nombre del titular.*

DOCUMENTS ESPECÍFICS QUE HEU D'APORTAR SEGONS EL TIPUS DE PRESTACIÓ / ***Documentos específicos a aportar según el tipo de prestación.***

- **DESPESES MÈDIQUES PER URGÈNCIA VITAL O MEDICAMENT ESTRANGER /** ***Gastos médicos por urgència vital o medicamento extranjero .***

2. Relació dels fets que motiven la sol·licitud, indicant el lloc, el dia i l'hora dels succés (pot utilitzar l'espai de l'apartat "Al·legacions") / *Exposición de los hechos que motivan la solicitud, con indicación del lugar, día y hora en que sucedieron (puede utilizar el espacio del apartado "Alegaciones").*

3. Factures i justificants **originals** de les despeses / *Facturas y justificantes* ***originale****s de los gastos.*

4. Informe de l'alta hospitalària o informe mèdic (traduït per organisme oficial competent si ha rebut l'assistència fora del territori nacional) que acrediti l'estat del malalt, diagnòstic, tractament, evolució i motiu de l'assistència */ Informe de alta hospitalaria o informe médico (traducido por organismo oficial competente, si ha sido asistido fuera del territorio nacional) que acredite el estado del enfermo, diagnóstico, tratamiento, evolución y motivo de la asistencia.*

5. Si els fets que motiven la sol·licitud han succeït fora del territori nacional, heu d'aportar la targeta sanitària europea o el formulari que correspongui d'acord amb els convenis internacionals, que donen dret a l'assistència sanitària i que va haver d'obtenir de l'INSS en el desplaçament a un altre país / *Si los hechos que motivan la solicitud han ocurrido fuera del territorio nacional, deberá aportar la tarjeta sanitaria europea o el formulario que corresponda de acuerdo a los convenios internacionales que dan derecho a la asistencia sanitaria y que debió obtener del INSS al desplazarse a otro país.*

- **DESPESES PER TRASLLAT DEL MALALT A UN ALTRE CENTRE** (Decret 41/2004 de 23 d'abril i Ordre de 13 de juliol de 2004 que el desenvolupa) / ***Gastos por traslado del enfermo a otro centro*** *(Decreto 41/2004 de 23 d'abril i Orden de 13 de julio de 2004 que lo desarrolla).*

6. Certificat o informe (segellat i firmat) de la prestació rebuda, emès pel centre sanitari de destí que va donar l'assistència, amb la indicació expressa del dia de la visita o data de l'ingrés i de l'alta hospitalària / *Certificado o informe (sellado y firmado) de la prestación recibida, expedido por el centro sanitario de destino, con indicación expresa del día de la visita o fecha del ingreso y alta hospitalaria.*

7. En el cas d'hospitalització en què s'hagi autorizat acompanyant, i si l'estada és superior a set dies, heu d'aportar parts setmanals del metge responsable de l'assistència en el centre de destinació que confirmin la necessitat de permanència de l'acompanyant / *En el caso de hospitalización en que se haya autorizado acompañante, y si la estancia es superior a siete dias, deberá aportar partes semanales del médico responsable de la asistencia en el centro de destino que confirmen la necesidad de permanencia del acompañante.*

8. Si heu pagat el passatge d'avió o vaixell, haureu d'aportar els bitllets originals (en el cas de bitllet electrònic, justificant segellat per l'empresa subministradora) o factura justificativa detallada del pagament realitzat i en el seu cas "cupó de càrrec" original / *Si el asegurado ha pagado el pasaje de avión o barco, aportará los billetes originales (en el caso de billete electrónico, justificante sellado por la empresa suministradora) o factura justificativa detallada del pago realizado y en su caso "cupón de cargo" original.*

- **MATERIAL ORTOPROTÈTIC /** ***Material ortoprotésico.***

9. Prescripció del facultatiu / *Prescripción del facultativo.*

10. Factura original de la prestació, firmada amb el *"rebut"* de la empresa subministradora / *Factura original de la prestación, firmada con el* "recibí" *de la empresa suministradora.*

La persona interessada, amb aquesta sol·licitud, aporta els documents assenyalats anteriorment, i es dóna per notificat de la inexcusable necessitat d'aportar els documents (indicar núm. o document) ..... en el termini màxim de 10 dies hàbils d'acord amb el que preveu l'article 71 de la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de Règim jurídic de les administracions públiques i del procediment administratiu comú. Si no es presenta la documentació en el termini establert, es considera que desisteix de la seva petició.

El interesado, con la presente solicitud, aporta los documentos que se señalan anteriormente, debiendo aportar los documentos (indicar nº o documento) ..... en plazo máximo de 10 días hábiles, conforme a lo previsto en el artículo 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, transcurridos los cuales sin haberlo hecho, se le tendrá por desistido de su petición.

Conforme, / *Conforme,*
LA PERSONA INTERESSADA / *LA PERSONA INTERESSADA*

Palma, …….. de …….....…….. de ……..
(L'encarregat del registre) / (*El encargado del registro)*

AL·LEGACIONS / *Alegaciones*

(ESPAI DESTINAT PER EXPRESSAR ELS MOTIUS DE LA VOSTRA PETICIÓ)

(Espacio destinado para que el interesado pueda exponer los motivos sobre los que fundamenta su petición)

RESGUARD/ *Resguardo*

Prestació sol·licitada / *Prestación solicitada*

☐ Material ortoprotètic / *Material ortoprotésico*

☐ Reintegrament de despeses per trasllat de malalts / *Reintegro de gastos por traslado de enfermos*

☐ Reintegrament de despeses mèdiques / *Reintegro de gastos médicos*

Nom i llinatges del sol·licitant / *Nombre y apellidos del solicitante* …….....…….....

DNI / NIE .....

Data i segell de l'oficina receptora / *Fecha y sello de la oficina receptora*

Presentau aquest resguard per a qualsevol comunicació, consulta o reclamació que faci referència a aquesta sol·licitud / *Haga referencia a los datos de este resguardo para cualquier comunicación, consulta o reclamación referente a esta solicitud.*

INFORME DE LA INSPECCIÓ MÈDICA / *Informe de la Inspección Médica*

L'inspector metge / *El Inspector Médico* ……..., …… de …….. de …….

PROPOSTA DE RESOLUCIÓ / *Propuesta de resolución*

El director assistencial / *El Director Asistencial* ……..., …… de …….. de …….

PROPOSTA DE RECLAMACIÓ PRÈVIA / *Propuesta de reclamación previa*

El director assistencial / *El Director Asistencial* ……..., …… de …….. de …….

RESOLUCIÓ / *Resolución*

Aquest Servei de Salut ha acordat **concedir / denegar** la prestació sol.licitada per un import de /

*Este Servei de Salut acordó **conceder / denegar** la prestación solicitada por un importe de*

.....……..

El director General / *El Director General* ……..., …… de …….. de …….

La persona interessada, amb aquesta sol·licitud, aporta els documents assenyalats anteriorment, i es dóna per notificat de la inexcusable necessitat d'aportar els documents (indicar núm. o document) ..... en el termini màxim de 10 dies hàbils d'acord amb el que preveu l'article 71 de la Llei 30/1992, de 26 de novembre, del Règim Jurídic de les Administracions Públiques i del Procediment Administratiu Comú. Si no es presenta la documentació en el termini establert, es considera que desisteix de la seva petició.

El interesado, con la presente solicitud, aporta los documentos que se señalan anteriormente, debiendo aportar los documentos (indicar nº o documento) ..... en plazo máximo de 10 días hábiles, conforme a lo previsto en el artículo 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, transcurridos los cuales sin haberlo hecho, se le tendrá por desistido de su petición.