

# SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS POR ADQUISICIÓN DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO

CÓDIGO SIA

2074309

## DESTINO

Órgano competente para resolver	Dirección General del Servicio de Salud Islas Baleares	DIR3	A04006334
Órgano instructor	Servicio de Prestaciones	DIR3	A04026457

## DATOS DEL PACIENTE

Núm. doc. identidad		Núm. tarjeta sanitaria (CIP)	
Nombre		Apellidos	

## DATOS DEL SOLICITANTE EN CASO DE QUE SEA EL TUTOR O LA TUTORA LEGAL DEL PACIENTE<sup>1</sup>

Núm. doc. identidad		Nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	

## DATOS DEL REPRESENTANTE

Núm. doc. identidad		Nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Medio de acreditación de la representación	REA	Otro medio <sup>2</sup>	

## COMUNICACIONES

<b>Destinatario y canal para recibir las comunicaciones</b>								
Destinatario			Paciente			Solicitante o representante		
Canal de comunicación <sup>3</sup>			Correo electrónico			Correo postal		
Correo electrónico*						Teléfono		
<b>Comunicación por correo postal</b> (consigne estos datos solo si ha elegido esta opción)								
Tipo de vía			Nombre de la vía					
Núm.	Bloque	Escala	Planta	Puerta	Punto kilométrico	Polígono	Parcela	Código postal
Localidad					Municipio <sup>4</sup>			

\* Se enviarán al correo electrónico facilitado los avisos para consultar las notificaciones y comunicaciones que figuren en la Carpeta Ciudadana de la Sede Electrónica del Gobierno de las Islas Baleares

## EXPONGO:

Que, de acuerdo con la normativa vigente (Decreto 41/2009, de 26 de junio, por el que se regula la prestación ortoprotésica), tengo derecho al reintegro de los gastos ocasionados por la adquisición de material ortoprotésico.

**SOLICITO:**

(Indique el tipo de material ortoprotésico adquirido para el que solicita el reintegro del gasto)\*\*

\*\* El material ortoprotésico debe haberse adquirido por prescripción médica y debe estar incluido en el catálogo de material ortoprotésico que figura en el anexo del Decreto 41/2009.

**DATOS DE LA CUENTA BANCARIA PARA EL REINTEGRO**

Nombre y apellidos del titular												
IBAN			Entidad			Sucursal			DC		Cuenta	

**DOCUMENTACIÓN ADJUNTA**

Documentación acreditativa de la adquisición del material ortoprotésico
Prescripción médica
Factura del material ortoprotésico emitida por la empresa suministradora (con acreditación del pago)
Documentación acreditativa del tutor o tutora legal / del representante
Documento acreditativo de la condición de tutor o tutora legal
Documento acreditativo de la representación
Otros documentos

**DECLARACIÓN RESPONSABLE**

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que los datos consignados y los documentos aportados son auténticos, y sé que la inexactitud, la falsedad o la omisión en cualquier dato o documento puede producir los efectos previstos en el artículo 69.4 de la Ley 39/2015.

Me opongo a que se consulten los datos necesarios para tramitar esta solicitud; por ello apporto los documentos oportunos.

Fecha (excepto si firma electrónicamente)

Rúbrica o firma electrónica

## INSTRUCCIONES

**Si es posible, cumplimente el formulario directamente con el ordenador.**

Esta solicitud y los documentos adjuntos pueden presentarse en la Oficina de Asistencia en Materia de Registro del Servicio de Salud de las Islas Baleares, ubicada en la calle del Carme, 18 (07003 Palma), o por cualquiera de las vías previstas por el artículo 16.4 de la Ley 39/2015:

- Registro electrónico de la Administración autonómica, mediante su Sede Electrónica (si se trata de un trámite telemático), o Registro Electrónico General de la Administración General del Estado. Para poder efectuar este tipo de trámite tiene que disponer de un certificado digital o de DNI electrónico. También puede Cl@ve para hacer trámites telemáticos en la Sede Electrónica de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares.
- Cualquiera de las oficinas de asistencia en materia de registro de la Administración autonómica, de la Administración General del Estado, del resto de comunidades autónomas o de las entidades que integran la Administración local.
- Oficinas de Correos.
- Representaciones diplomáticas u oficinas consulares de España en el extranjero.

Explicación de algunos detalles del formulario:

1. Si el solicitante actúa con la condición de tutor o tutora legal del paciente, tiene que presentar el documento que lo acredite y hacerlo constar en el apartado «Documentación adjunta».
2. Si el representante acredita esta condición por un medio diferente de la inscripción en el Registro Electrónico de Apoderamientos (REA), tiene que aportar el documento que lo acredite y hacerlo constar en el apartado «Documentación adjunta».
3. Señale como canal preferente de notificación una de las dos opciones, salvo que esté obligado/obligada a relacionarse telemáticamente con la Administración, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.
4. Consigne el municipio solamente si la denominación no coincide con la de la localidad.

## INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas con respecto al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y con la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, informamos sobre el tratamiento de los datos personales consignados en este formulario.

El responsable del tratamiento de los datos personales consignados en este formulario es la Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares, con sede en la calle de la Reina Esclarmunda, 9 (07003 Palma).

Estos datos serán tratados con la finalidad de permitir la gestión administrativa y el control de las prestaciones ofrecidas por el Servicio de Salud de las Islas Baleares. Los datos serán incorporados a la actividad de tratamiento «Gestión de prestaciones».

Tiene derecho a oponerse al tratamiento de los datos y a limitarlo, y también a acceder, rectificar y suprimir los datos y ejercer el derecho a la portabilidad. Además, tiene derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control. Para ejercer estos derechos debe presentar una solicitud por escrito al Servicio de Atención al Usuario de la Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares, ubicado en la calle del Carme, 18 (07003 Palma).

La Delegación de Protección de Datos del Servicio de Salud de las Islas Baleares tiene su sede en la Dirección General (c/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma). El correo electrónico de contacto es [dpd@ibsalut.es](mailto:dpd@ibsalut.es).

Si desea más información sobre el tratamiento de los datos personales, visite el apartado «Registro de actividades de tratamiento» del web del Servicio de Salud escaneando este código QR.

