

SOL·LICITUD DE REINTEGRAMENT DE DESPESES PER ADQUISICIÓ DE MATERIAL ORTOPROTÈTIC

CODI SIA

2074309

DESTINACIÓ

| | | | |
|-------------------------------------|---|-------------|-----------|
| Òrgan competent per resoldre | Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears | DIR3 | A04006334 |
| Òrgan instructor | Servei de Prestacions | DIR3 | A04026457 |

DADES DEL PACIENT

| | |
|---------------------|------------------------------|
| Núm. doc. identitat | Núm. targeta sanitària (CIP) |
| Nom | Llinatges |

DADES DEL SOL·LICITANT EN CAS QUE SIGUI EL TUTOR O LA TUTORA LEGAL DEL PACIENT¹

| | |
|---------------------|----------------|
| Núm. doc. identitat | Nom |
| Primer llinatge | Segon llinatge |

DADES DEL REPRESENTANT

| | | |
|---|----------------|-----------------------------|
| Núm. doc. identitat | Nom | |
| Primer llinatge | Segon llinatge | |
| Mitjà d'acreditació de la representació | REA | Un altre mitjà ² |

COMUNICACIONS

| | | | | | | | | |
|--|------|--------|-------------------|-------|-----------------------|-----------------------------|-----------|-------------|
| Destinatari i canal per rebre les comunicacions | | | | | | | | |
| Destinatari | | | Pacient | | | Sol·licitant o representant | | |
| Canal de comunicació ³ | | | Correu electrònic | | | Correu postal | | |
| Marcau aquesta casella si voleu que el destinatari rebi les comunicacions en castellà (art. 15 Decret 49/2018) | | | | | | | | |
| Adreça electrònica* | | | | | | Telèfon | | |
| Comunicació per correu postal (consignau aquestes dades només si heu triat aquesta opció) | | | | | | | | |
| Tipus de via | | | Nom de la via | | | | | |
| Núm. | Bloc | Escala | Planta | Porta | Punt quilomètric | Polígon | Parcel·la | Codi postal |
| | | | | | | | | |
| Localitat | | | | | Municipi ⁴ | | | |

* S'enviaran a l'adreça electrònica facilitada els avisos per consultar les notificacions i comunicacions que figurin en la Carpeta Ciutadana de la Seu Electrònica del Govern de les Illes Balears

EXPÒS:

Que, d'acord amb la normativa vigent (Decret 41/2009, de 26 de juny, pel qual es regula la prestació ortoprotètica), tenc dret al reintegrament de les despeses ocasionades per l'adquisició de material ortoprotètic.

SOL·LICIT:

(Indicau el tipus de material ortoprotètic adquirit per al qual sol·licitau el reintegrament de la despesa)**

** El material ortoprotètic s'ha d'haver adquirit per prescripció mèdica i ha d'estar inclòs en el catàleg de material ortoprotètic que figura en l'annex del Decret 41/2009.

DADES DEL COMPTE BANCARI PER AL REINTEGRAMENT

| Nom i llinatges del titular | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|---------|--|--|----------|--|--|----|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| IBAN | | | Entitat | | | Sucursal | | | DC | | Compte | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DOCUMENTACIÓ ADJUNTA

| |
|--|
| Documentació acreditativa de l'adquisició del material ortoprotètic |
| Prescripció mèdica |
| Factura del material ortoprotètic emesa per l'empresa subministradora (amb acreditació del pagament) |
| Documentació acreditativa del tutor o tutora legal / del representant |
| Document acreditatiu de la condició de tutor o tutora legal |
| Document acreditatiu de la representació |
| Altres documents |
| |
| |
| |

DECLARACIÓ RESPONSABLE

DECLAR, sota la meua responsabilitat, que les dades consignades i els documents aportats són autèntics, i sé que la inexactitud, la falsedat o l'omissió en qualsevol dada o document pot produir els efectes prevists en l'article 69.4 de la Llei 39/2015.

M'opòs que es consultin les dades necessàries per tramitar aquesta sol·licitud; per això aport els documents oportuns.

Data (excepte si hi signau electrònicament)

Rúbrica o signatura electrònica

INSTRUCCIONS

Si és possible, emplenau el formulari directament amb l'ordinador.

Aquesta sol·licitud i els documents adjunts es poden presentar a l'Oficina d'Assistència en Matèria de Registre del Servei de Salut de les Illes Balears, situada al carrer del Carme, 18 (07003 Palma), o per qualsevol de les vies previstes per l'article 16.4 de la Llei 39/2015:

- Registre electrònic de l'Administració autonòmica, mitjançant la seva Seu Electrònica (si es tracta d'un tràmit telemàtic), o Registre Electrònic General de l'Administració General de l'Estat. Per poder efectuar aquest tipus de tràmit heu de disposar d'un certificat digital o de DNI electrònic. També podeu utilitzar Cl@ve per fer tràmits telemàtics a la Seu Electrònica de l'Administració de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears.
- Qualsevol de les oficines d'assistència en matèria de registre de l'Administració autonòmica, de l'Administració General de l'Estat, de la resta de comunitats autònomes o de les entitats que integren l'Administració local.
- Oficines de Correos.
- Representacions diplomàtiques o oficines consulars d'Espanya a l'estranger.

Explicació d'alguns detalls del formulari:

1. Si el sol·licitant actua amb la condició de tutor o tutora legal del pacient, ha de presentar el document que ho acrediti i ho ha de fer constar en l'apartat «Documentació adjunta».
2. Si el representant acredita aquesta condició per un mitjà diferent de la inscripció en el Registre Electrònic d'Apoderaments (REA), ha d'aportar el document que ho acrediti i ho ha de fer constar en l'apartat «Documentació adjunta».
3. Senyalau com a canal preferent de notificació una de les dues opcions, llevat que estigueu obligat/obligada a relacionar-vos telemàticament amb l'Administració, d'acord amb l'article 14 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques.
4. Consignau el municipi només si la denominació no coincideix amb la de la localitat.

INFORMACIÓ SOBRE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS

De conformitat amb el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades, i amb la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, informam sobre el tractament de les dades personals consignades en aquest formulari.

El responsable del tractament de les dades personals consignades en aquest formulari és la Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears, amb seu al carrer de la Reina Esclarmunda, 9 (07003 Palma).

Aquestes dades seran tractades amb la finalitat de permetre la gestió administrativa i el control de les prestacions ofertes pel Servei de Salut de les Illes Balears. Les dades seran incorporades a l'activitat de tractament «Gestió de prestacions».

Teniu dret a oposar-vos al tractament de les dades i a limitar-lo, i també a accedir, rectificar i suprimir les dades i exercir el dret a la portabilitat. A més, teniu dret a presentar una reclamació davant una autoritat de control. Per exercir aquests drets heu de presentar una sol·licitud per escrit al Servei d'Atenció a l'Usuari de la Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears, situat al carrer del Carme, 18 (07003 Palma).

La Delegació de Protecció de Dades del Servei de Salut de les Illes Balears té la seu a la Direcció General (c/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma). L'adreça electrònica de contacte és dpd@ibsalut.es.

Si voleu més informació sobre el tractament de les dades personals, visitau l'apartat «Registre d'activitats de tractament» del web del Servei de Salut escanejant aquest codi QR.

