

## SOLICITUD DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO Y REINTEGRO DE GASTOS

### PRESTACIÓN SOLICITADA (Marcar la que corresponda):

- Material Ortoprotésico.
- Reintegro de gastos:  
(Farmacia, medicamentos extranjeros y otros)

### DATOS DEL BENEFICIARIO/A DE LA PRESTACIÓN (Paciente)

Apellido1º.....Apellido2º.....

Nombre.....DNI.....

CallePlaza.....Nº.....Escalera.....Piso.....

Localidad.....C.P.....Provincia.....

Teléfono.....correo electrónico.....

### DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

(En pacientes menores de Edad, incapacitado/a y discapacitado/a)

Apellido1º.....Apellido2º.....

Nombre.....D.N.I.....

Parentesco con el Beneficio/a de la prestación (Paciente).....

### FUNDAMENTO DE LA PETICIÓN (Indique el hecho o circunstancia en que se basa la solicitud)

.....

.....

El Alta a Terceros se presentará solamente en los siguientes casos:

- Solicitud inicial.
- Cuenta bancaria nueva.

### DATOS BANCARIOS

ENTIDAD	OFICINA	D.C.	Nº CUENTA

Cáceres a .....de.....de.....

Fdo:.....

# DOCUMENTACIÓN QUE HA DE APORTAR

## - PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA:

- 1- **Fotocopia del DNI del beneficiario/a** de la prestación (paciente) y en el caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as, del representante Legal o Tutor.
- 2- **Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria** del beneficiario/a de la prestación (paciente) y en el caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as, del representante Legal o Tutor.
- 3- **Alta a terceros**, donde deben figurar los datos bancarios del beneficiario/a de la prestación (paciente) y en el caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as, del representante Legal o Tutor.
- 4- **Factura original firmada y sellada, por la farmacia u ortopedia.**
- 5- **Hoja de prescripción del facultativo.**
  - **Audífonos:** *Prescribe*
  - **Silla de Ruedas eléctrica:** *Prescribe exclusivamente el REHABILITADOR*
  - **Agnesia:** *Prescribe*
  - **Resto de material:** *Lo puede prescribir el Médico de Familia*
- 6- **Informe de especial prescripción** para aquellos artículos que lo requieran, según catálogo vigente de material ortoprotésicos (audífonos para niños de 0 a 16 años, agnesias y sillas de ruedas eléctricas).
  - **Audífonos:** *Para pérdida de audición superior al 40º dB en el mejor de los oídos. Informe.*
  - **Silla de ruedas eléctrica:** *Informe*
  - **Agnesias:** *Malformaciones congénitas. Informe*

## - REINTEGRO DE GASTOS DE FARMACIA O MEDICAMENTOS EXTRANJEROS

- 1- **Fotocopia del DNI del beneficiario/a** de la prestación (paciente) y en el caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as, del representante Legal o Tutor.
- 2- **Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria** del beneficiario/a de la prestación (paciente) y en el caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as, del representante Legal o Tutor.
- 1- **Alta a terceros**, donde deben figurar los datos bancarios del beneficiario/a de la prestación (paciente) y en el caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as o discapacitado/ a, del representante Legal o Tutor.
- 2- **Factura original firmada y sellada por la farmacia.**
- 3- Sucinta **historia médica** en la que conste el diagnóstico y la necesidad de utilizar el medicamento solicitado por no poder ser sustituible por otro.
- 4- **Resolución del reconocimiento como pensionista** por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, en el caso de solicitar la devolución de la aportación de activo.