

## SOLICITUD DE PRESTACIÓN SANITARIA

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

\_\_\_\_\_ Reintegro de gastos: Material Ortoprotésico.

\_\_\_\_\_ Reintegro de gastos: Compra de productos farmacéuticos (excepto medicamentos pediátricos) y medicamentos extranjeros.

\_\_\_\_\_ Reintegro de gastos: Asistencia sanitaria con medios ajenos derivada de situaciones de urgencia vital.

\_\_\_\_\_ Otros:

Enfermedad común  Acc. Tráfico  Acc. Laboral INSS  Acc. Laboral Mutua  Desplazado  Ensayo Clínico  Otros \_\_\_\_\_

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

Apellido 1º \_\_\_\_\_ Apellido 2º \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Calle/Plaza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Escalera \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Letra \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

### DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (En pacientes menores de edad, incapacitado/a y discapacitado/a)

Apellido 1º \_\_\_\_\_ Apellido 2º \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Parentesco con el/la beneficiario/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

NÚMERO DE CUENTA (IBAN)

En Cáceres, a \_\_\_\_\_

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/de la representante Legal o Tutor/a.
- 2- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria del/de la beneficiario/a de la prestación (paciente) y en el caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as, del/de la representante Legal o Tutor/a.
- 3- Libro de Familia (en caso de menores de edad).
- 4- Sentencia de incapacidad (en caso de mayores de edad incapacitados), declaración jurada guardador de hecho o Informe social acreditativo de la guarda de hecho.
- 5- Testamento y Certificado de Últimas Voluntades, en caso de que el paciente hubiese fallecido. Declaración de Herederos en el caso de que no exista testamento.
- 6- Alta a terceros, donde deben figurar los datos bancarios del/de la beneficiario/a de la prestación (paciente) y en el caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as, del/de la representante Legal o Tutor/a.
- 7- Factura **original firmada y sellada, por la farmacia u ortopedia**. Solamente son susceptibles de recibir la ayuda, las facturas que correspondan a Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios, incluidos en el correspondiente Registro de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios.
- 8- Hoja de prescripción por el Facultativo indicado en el Catálogo de Material Ortoprotésico – Servicio Extremeño de Salud 2022, accesible a través de la página web de la Gerencia del Área de Salud de Cáceres: <https://www.areasaludcaceres.es> indicando la causa que motiva la prestación (enfermedad profesional, accidente de trabajo, accidente de tráfico, ...)

### **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/de la representante Legal o Tutor/a.
- 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/de la representante Legal o Tutor/a.
- 3- Libro de Familia (en caso de menores de edad).
- 4- Sentencia de incapacidad (en caso de mayores de edad incapacitados), declaración jurada guardador de hecho o Informe social acreditativo de la guarda de hecho.
- 5- Testamento y Certificado de Últimas Voluntades, en caso de que el paciente hubiese fallecido. Declaración de Herederos en el caso de que no exista testamento.
- 6- Alta a terceros, donde deben figurar los datos bancarios del/de la beneficiario/a de la prestación (paciente) y en el caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as, del/de la representante Legal o Tutor/a.
- 7- Factura **original firmada y sellada por la farmacia**.
- 8- Sucinta historia médica en la que conste el diagnóstico y la necesidad de utilizar el medicamento solicitado por no poder ser sustituible por otro.
- 9- 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.

### **REINTEGRO DE GASTOS: ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS AJENOS DERIVADA DE SITUACIONES DE URGENCIA VITAL.**

- 1- Fotocopia del DNI del/de la beneficiario/a de la prestación (paciente) y en el caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as, del/de la representante Legal o Tutor/a.
- 2- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria del/de la beneficiario/a de la prestación (paciente) y en el caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as, del/de la representante Legal o Tutor/a.
- 3- Libro de Familia (en caso de menores de edad).
- 4- Sentencia de incapacidad (en caso de mayores de edad incapacitados), declaración jurada guardador de hecho o Informe social acreditativo de la guarda de hecho.
- 5- Testamento y Certificado de Últimas Voluntades, en caso de que el paciente hubiese fallecido. Declaración de Herederos en el caso de que no exista testamento.
- 6- Alta a terceros, donde deben figurar los datos bancarios del/de la beneficiario/a de la prestación (paciente) y en el caso de menores, incapacitados/as o discapacitados/as, del/de la representante Legal o Tutor/a.
- 7- Factura **original firmada y sellada de la asistencia sanitaria prestada con medios ajenos, derivada de la situación de urgencia vital.**