

SOLICITUD DE PRESTACIÓN SANITARIA

PRESTACIÓN SOLICITADA (Marcar la que corresponda):

- Material Ortoprotésico.
- Reintegro de gastos de farmacia o medicamentos extranjeros

DATOS DEL BENEFICIARIO/A DE LA PRESTACIÓN (Paciente)

Apellido1º.....Apellido2º.....
Nombre.....DNI.....
Calle/Plaza.....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 ade.....de.....

Fdo:.....

DOMENTACIÓN A APORTAR

GASTOS DE DESPLAZAMIENTO:

- 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 discapacitado/as (Del representante Legal o Tutor).
- 3- Copia de la Orden de Asistencia en vigor, donde deberá figurar si se precisa acompañante, según lo indicado de forma precisa por el correspondiente facultativo.
- 4- Justificante **original** de la asistencia a consulta.
- 5- 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).

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 40° 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).
- 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 o discapacitado/ a (Del representante Legal o Tutor).
- 4- Factura original firmada y sellada por la farmacia.
- 5- Sucinta historia médica en la que conste el diagnóstico y la necesidad de utilizar el medicamento solicitado por no poder ser sustituible por otro.
- 6- 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.

PRESTACIÓN OXIGENOTERAPIA

- 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- Hoja de prescripción del facultativo o copia de la ficha de instalación.

PRESTACIÓN HEMODIÁLISIS / DIÁLISIS DOMICILIARIA

- 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- Hoja de prescripción del facultativo.
- 5- Nombre de la empresa suministradora de la Hemodiálisis / Diálisis domiciliaria.