Gerencia del Área de Salud de Cáceres

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Salud y Servicios Sociales

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:

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

Apellido 1º _____ Apellido 2º _____

Nombre _____ DNI _____

Calle/Plaza _____ Nº _____ 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. _____

DOMENTACIÓN 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).
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**.
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

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).
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).
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.**