



SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS POR ASISTENCIA SANITARIA EN ESTADO MIEMBRO DE LA UNIÓN

Página 1 de 2

Datos del paciente

NIF/CIF/NIE/N.º Pasaporte	Nombre	Apellido 1	Apellido 2
Fecha de nacimiento	CIP		

Datos del solicitante (Cumplimentar cuando el solicitante no sea el paciente)

NIF/CIF/NIE/N.º Pasaporte	Nombre	Apellido 1	Apellido 2
VINCULACIÓN ENTRE EL SOLICITANTE Y EL PACIENTE			
<input type="checkbox"/> Familiar (Adjuntar documento que acredite la relación familiar)	<input type="checkbox"/> Pareja de hecho (Adjuntar documento que acredite la relación de hecho)	<input type="checkbox"/> Representante legal (Adjuntar documento que acredite la representación legal)	<input type="checkbox"/> Persona autorizada al efecto (Adjuntar documento que acredite la autorización expresa)

Datos a efectos de notificación

Tipo de vía	Nombre de la vía	N.º	Piso	Puerta	Otros	Código postal	Localidad
Municipio	Provincia	Teléfono	Fax	Dirección de correo electrónico			

Solicita

Considerando que, en virtud de lo establecido en el Reglamento nº 884/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social, he recibido asistencia sanitaria susceptible de reunir los criterios recogidos en el RD de trasposición de la Directiva 2011/24/UE, Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, que regula el derecho a la asistencia sanitaria en otro Estado miembro de la Unión Europea y adjuntando la documentación requerida,

Solicito el reintegro de gastos por asistencia sanitaria (indique el proceso realizado):

Importe:

Estado miembro de la Unión Europea en que se ha realizado el proceso:

Centro sanitario en el que se ha realizado el proceso (nombre y dirección completa):

DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO CANTABRO DE SALUD

Avda. Cardenal Herrera Oria, s/n (edificio anexo a Hospital Cantabria)
39011-Santander. Cantabria.
T: 942 20 27 70

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero Historia Clínica, cuya finalidad es "Gestión y control de los datos de la historia clínica del paciente para el seguimiento del mismo, gestión de la actividad asistencial, estudios de morbilidad, actividad docente, gestión financiera y prestación sanitaria, producción de estadísticas e investigación sanitaria", podrán ser cedidos de conformidad con lo previsto en el artículo 11 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos en la citada Ley, ante el Servicio Cantabro de Salud.

Para cualquier consulta relacionada con el procedimiento, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012 (902 139 012 si llama desde fuera de la Comunidad Autónoma).

Documentación adjunta (marque lo que proceda)

TIPO DE DOCUMENTO	AUTORIZO LA CONSULTA ¹	SE APORTA CON LA SOLICITUD
1. DNI/NIF/CIF del paciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Autorización previa para la realización de la asistencia.		<input type="checkbox"/>
3. Si el paciente solicita el reintegro a través de persona expresamente autorizada al efecto:		
- DNI/NIF/CIF de la persona autorizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Documento que acredite la autorización expresa.		<input type="checkbox"/>
4. Si solicita el reintegro el representante legal del paciente:		
- DNI/NIF/CIF del representante legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Documento que acredite la representación legal		<input type="checkbox"/>
5. Si solicita el reintegro persona vinculada al paciente por razones familiares o de hecho:		
- DNI/NIF/CIF del solicitante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Documento que acredite la relación familiar o de hecho.		<input type="checkbox"/>
6. Documento en que figure el nº IBAN de la cuenta bancaria.		<input type="checkbox"/>
7. Copia de la prescripción médica o el informe clínico de la atención prestada.		<input type="checkbox"/>
8. Facturas originales de la asistencia recibida y, en su caso, de los medicamentos adquiridos, en las que deberá acreditarse por el expendedor que han sido abonadas.		<input type="checkbox"/>
9. Si se solicita reintegro del importe de medicamentos debe aportar:		
- Copia de la receta		<input type="checkbox"/>
- orden de dispensación		<input type="checkbox"/>
¹ Autorizo a la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos. En aquellos casos en los que haya presentado con anterioridad en la Administración de la Comunidad Autónoma de Cantabria la documentación solicitada, indique la fecha y el órgano o dependencia en que fueron presentados, estando exento de presentar dicha documentación:		
FECHA	DOCUMENTACIÓN PRESENTADA	ÓRGANO O DEPENDENCIA

Declaración responsable

Son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y, en su caso, en la documentación adjunta y esta última es fiel copia de los originales. Conozco y acepto que la Administración Pública podrá comprobar, en cualquier momento, la veracidad de todos los documentos, datos y cumplimiento de los requisitos por cualquier medio admitido en Derecho. En el supuesto de que la Administración compruebe la inexactitud de los datos declarados, el órgano gestor estará facultado para realizar las actuaciones procedentes sin perjuicio de las responsabilidades que pudieran corresponder en virtud de la legislación aplicable.

Fecha:	Firma:

DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO CANTABRO DE SALUD

Avda. Cardenal Herrera Oria, s/n (edificio anexo a Hospital Cantabria)

39011-Santander. Cantabria.

T: 942 20 27 70

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero Historia Clínica, cuya finalidad es "Gestión y control de los datos de la historia clínica del paciente para el seguimiento del mismo, gestión de la actividad asistencial, estudios de morbilidad, actividad docente, gestión financiera y prestación sanitaria, producción de estadísticas e investigación sanitaria"; podrán ser cedidos de conformidad con lo previsto en el artículo 11 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos en la citada Ley, ante el Servicio Cantabro de Salud.

Para cualquier consulta relacionada con el procedimiento, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012 (902 139 012 si llama desde fuera de la Comunidad Autónoma).