



ANEXO II

SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS FARMACÉUTICOS

EXPEDIENTE: _____

(Reservado Administración)

SOLICITANTE: (Cumplimentar en todo caso con los datos del paciente)

Nombre:	Primer apellido:
Segundo apellido:	D.N.I.
C.I.P.:	

REPRESENTANTE: (Cumplimentar en caso de representación)

Nombre:	Primer apellido:
Segundo apellido:	D.N.I.:

DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

Vía:	Número:	Planta:	Puerta:
C.P.:	Localidad:		Provincia:
Correo electrónico:			Teléfono

PRODUCTO/S E IMPORTE/S QUE SE SOLICITA:

Producto	Importe (€)

MOTIVOS QUE SE ALEGAN:

--

CENTRO SANITARIO Y COMUNIDAD AUTÓNOMA DONDE SE PRESTÓ LA ASISTENCIA:

--

CAUSA DE LA ASISTENCIA:

<input type="checkbox"/> Enfermedad común	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Accidente de tráfico
-------------------------------------------	-----------------------------------------------	-----------------------------------------------

DATOS BANCARIOS PARA TRANSFERENCIA (24 dígitos)

País	D.C	Entidad	Oficina	D.C	Nº de cuenta

Titular de la cuenta D.N.I.



DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA (señalar con X)

- En caso de representación, documentación acreditativa de la misma, así como D.N.I. del representante.
- En su caso, autorización a la Administración de la Comunidad de Castilla y León para obtener directamente y/o por medios telemáticos la información contenida en el documento D.N.I.
- Factura acreditativa de los gastos realizados, recibo o ticket de la farmacia, según proceda.
- Copia de la receta, “hoja de tratamiento” o “copia para el paciente”.
- Informe del facultativo prescriptor.
- En su caso, certificación I.N.S.S. acreditativa de la fecha de reconocimiento de la condición de pensionista.
- En su caso, certificación de declaración de minusvalía, en un grado igual o superior al 33 %, expedido por el Organismo Competente, excepto si ya consta en el expediente del solicitante.
- Cuando proceda, documentación adicional.

En _____ a _____ de _____ de _____ .

Firma del solicitante/representante (en su caso)

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los interesados que los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado, y que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito dirigido a la GERENCIA REGIONAL DE SALUD – DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA, Paseo Zorrilla, nº 1, 47007 Valladolid, utilizando al efecto los modelos mediante Orden PAT/175/2003.

Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario electrónico, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.

GERENCIA DE SALUD DE ÁREA