



Comunidad de Madrid

Solicitud de Reintegro de Gastos

CANTIDAD SOLICITADA

€

1.- Tipo de Solicitud:

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gastos de farmacia | <input type="checkbox"/> Gastos de asistencia sanitaria (incluido personal de empresas en el exterior y en embajadas y consulados) | <input type="checkbox"/> Gastos de desplazamiento (incluido alojamiento, manutención y ambulancia, en su caso) |
| <input type="checkbox"/> Otros (Especificar) | | |

2.- Solicita prestación por:

| | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Accidente de trabajo | <input type="radio"/> Accidente de tráfico | <input type="radio"/> Accidente Deportivo |
| <input type="radio"/> Otro tipo de accidente | <input type="radio"/> Malformación congénita, enfermedad u otro origen que no sea ninguno de los anteriores | |

3.- Datos del solicitante (paciente o su tutor/a cuando éste sea menor de edad)

| | | | | | |
|----------------|--|--------------------|--|---------------------|--|
| DNI/ NIE | | Pasaporte* | | CIPA ⁽¹⁾ | |
| Apellido 1º | | | | | |
| Apellido 2º | | | | | |
| Nombre | | | | Teléfono Fijo | |
| Teléfono Móvil | | Correo electrónico | | | |

*cumplimentar solamente en ausencia de DNI/NIE

(1) Número de 10 cifras que aparece en la parte superior derecha de la tarjeta sanitaria

3.1- Datos del beneficiario (cumplimentar sólo en caso de menores de edad):

| | | | | | |
|-------------|--|------------|--|---------------------|--|
| DNI/ NIE | | Pasaporte* | | CIPA ⁽¹⁾ | |
| Apellido 1º | | | | | |
| Apellido 2º | | | | | |
| Nombre | | | | | |

3.2- Datos de el/la representante:

| | | | | | |
|---------------------|--|---------------|--|--------------------|--|
| DNI/ NIE | | Apellidos | | | |
| Nombre/Razón Social | | | | Correo electrónico | |
| Fax | | Teléfono Fijo | | Teléfono Móvil | |

4.- Medio de notificación (OBLIGATORIO):

| | | | | | |
|-----------------------|---|------------|----|-----------|----|
| <input type="radio"/> | Deseo recibir notificación por vía telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Servicio de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid) | | | | |
| <input type="radio"/> | Deseo recibir notificación por correo certificado | | | | |
| | Tipo de vía | Nombre vía | | | Nº |
| | Piso | Puerta | CP | Localidad | |
| | Provincia | País | | | |

5.- Entidad bancaria (OBLIGATORIO JUSTIFICANTE DE CUENTA BANCARIA A NOMBRE DEL SOLICITANTE):

| Código IBAN | Entidad | Oficina | D.C | Número de Cuenta |
|-------------|---------|---------|-----|------------------|
| | | | | |



Comunidad de Madrid

6.- Documentación requerida EN TODO CASO:

| La Comunidad de Madrid consultará, por medios electrónicos, los datos de los siguientes documentos, excepto que expresamente desautorice la consulta (*) | No autorizo la consulta y apporto documento (**) |
|--|--|
| Documento Nacional de Identidad (DNI) / Número de Identidad de Extranjero (NIE) | <input type="checkbox"/> |
| Tarjeta Sanitaria Individual del paciente | <input type="checkbox"/> |
| <i>SÓLO para Gastos de Desplazamiento Autorizado de forma previa:</i> Orden de asistencia de ámbito nacional | <input type="checkbox"/> |

(*) En aplicación del artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

| DOCUMENTACIÓN PARA GASTOS DE FARMACIA | Se aporta con la solicitud |
|---|----------------------------|
| Fotocopia del informe médico (receta o informe de prescripción) . <i>En castellano</i> . | <input type="checkbox"/> |
| Factura ORIGINAL , con los requisitos exigidos por la normativa vigente ⁽¹⁾ . | <input type="checkbox"/> |
| Certificación bancaria o fotocopia de la libreta de ahorros, en la que se especifique el número de cuenta del <u>solicitante</u> (como titular o autorizado). | <input type="checkbox"/> |

| DOCUMENTACIÓN PARA GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA | Se aporta con la solicitud |
|---|----------------------------|
| Fotocopia Informe médico de la asistencia recibida. <i>En castellano</i> . | <input type="checkbox"/> |
| Factura ORIGINAL del gasto , con los requisitos exigidos por la normativa vigente ⁽¹⁾ . No son válidos los ticket de caja. | <input type="checkbox"/> |
| Certificación bancaria o fotocopia de la libreta de ahorros, en la que se especifique el número de cuenta del <u>solicitante</u> (como titular o autorizado). | <input type="checkbox"/> |
| Documentación adicional para personal de empresas en el exterior | |
| Certificado expedido por la Tesorería de la Seguridad Social en Madrid, acreditativo del desplazamiento del trabajador (incluirá obligatoriamente el C.I.F. y nº cuenta bancaria de la Empresa). | <input type="checkbox"/> |
| Documentación adicional para personal de las representaciones de España en el exterior (Embajadas y Consulados) | |
| Certificado expedido por el organismo en el que preste servicios el trabajador, acreditativo del destino. La documentación deberá ser visada por el jefe de la representación diplomática o consular estatal española, del que dependa inmediatamente el asegurado. | <input type="checkbox"/> |

| DOCUMENTACIÓN PARA GASTOS DE DESPLAZAMIENTO AUTORIZADOS (paciente y acompañante) | Se aporta con la solicitud |
|---|----------------------------|
| Justificantes ORIGINALES de todos los gastos de traslado, alojamiento y manutención, en su caso (billetes y facturas con todos los requisitos exigidos en la normativa vigente ⁽¹⁾). | <input type="checkbox"/> |
| Informe de <i>permanencia del paciente</i> , desde el ingreso hasta el alta, en el centro sanitario | <input type="checkbox"/> |
| Informe de <i>permanencia del acompañante</i> emitido por el centro sanitario (días de acompañamiento) | <input type="checkbox"/> |
| Certificación bancaria o fotocopia de la libreta de ahorros, en la que se especifique el número de cuenta del <u>solicitante</u> (como titular o autorizado). | <input type="checkbox"/> |
| Documentación adicional en desplazamientos autorizados a países U.E y Noruega, Islandia, Suiza y Liechtenstein. | |
| Autorización, modelo S-2 (E-112), para asistencia <i>programada</i> . | <input type="checkbox"/> |



Comunidad de Madrid

| DOCUMENTOS PARA SOLICITUD POR MEDIO DE REPRESENTANTE LEGAL PARA ACREDITAR LA PERSONALIDAD Y LA REPRESENTACIÓN | |
|--|---|
| La Comunidad de Madrid consultará, por medios electrónicos, los datos de los siguientes documentos, excepto que expresamente desautorice la consulta (*) | No autorizo la consulta y apporto documento (**) |
| Documento Nacional de Identidad (DNI) / Número de Identidad de Extranjero (NIE) | <input type="checkbox"/> |
| Documentos que acrediten fehacientemente la personalidad del representante legal del solicitante | Se aporta con la solicitud |
| Documento que acredite la representación legal (sentencia judicial de incapacitación, poder notarial o documento privado de representación) | <input type="checkbox"/> |

7.- Exposición de Motivos (OBLIGATORIO):

Consignar detalladamente las circunstancias que han ocurrido y que han motivado el gasto cuyo reintegro se solicita:

En, a..... de de.....

| |
|------------------------------|
| FIRMA DEL SOLICITANTE |
| |

(1) El R.D. 1619/2012, de 30 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento por el que se regulan las obligaciones de facturación, establece que las facturas deben reunir los siguientes requisitos:

- Numeración y Fecha de expedición.
- Nombre, Apellidos, Razón o denominación social completa, N.I.F/C.I.F. y Domicilio, tanto del obligado a expedir la factura como del destinatario de las operaciones.
- Descripción de las operaciones, consignándose todos los datos necesarios para la determinación de la base imponible del impuesto.
- Tipo impositivo aplicado
- Cuota tributaria que se repercute, consignada por separado.

| | |
|---------------------|--|
| DESTINATARIO | |
|---------------------|--|

Información sobre Protección de Datos

1. Responsable del tratamiento de sus datos

Responsable: Consejería de Sanidad, Secretaría General (Sermas).

Domicilio social: Consultar www.comunidad.madrid/centros

Contacto con el Delegado de Protección de Datos: protecciondedatos.sanidad@madrid.org.

2. ¿En qué actividad de tratamiento están incluidos sus datos personales y con qué fines se tratarán?

RECLAMACIONES DE PRESTACIONES.

En cumplimiento de lo establecido por el Reglamento (UE) 2016/679, de Protección de Datos Personales, sus datos serán tratados para las siguientes finalidades:

Procedimiento administrativo de solicitud de cuantías tanto de reintegro de gastos como ortoprotesis, previamente pautadas por especialistas.

3. ¿Cuál es la legitimación en la que se basa la licitud del tratamiento?

RGPD 6.1 e) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento.

Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Decreto 21/2002, de 24 enero, por el que se regula la atención al ciudadano en la Comunidad de Madrid. Orden 605/2003, de 21 de abril, de las Consejerías de Presidencia y Sanidad, por la que se desarrolla el Sistema de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones de la Comunidad de Madrid en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.

4. ¿Cómo ejercer sus derechos? ¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

Puede ejercer, si lo desea, los derechos de acceso, rectificación y supresión de datos, así como solicitar que se limite el tratamiento de sus datos personales, oponerse al mismo, solicitar en su caso la portabilidad de sus datos, así como a no ser objeto de una decisión individual basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles.

Según la Ley 39/2015, el RGPD y la Ley Orgánica 3/2018, puede ejercer sus derechos por [Registro Electrónico](#) o [Registro Presencial](#) o en los lugares y formas previstos en el artículo 16.4 de la Ley 39/2015, preferentemente mediante el formulario de solicitud "[Ejercicio de derechos en materia de protección de datos personales](#)".

5. Tratamientos que incluyen decisiones automatizadas, incluida la elaboración de perfiles, con efectos jurídicos o relevantes.

No se realizan

6. ¿Por cuánto tiempo conservaremos sus datos personales?

Los datos personales proporcionados se conservarán por el siguiente periodo:

Periodo indeterminado.

Los datos se mantendrán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos.

7. ¿A qué destinatarios se comunicarán sus datos?

Área de Prestaciones, Intervención Delegada e Inspección Sanitaria.

8. Transferencias Internacionales.

No.

9. Derecho a retirar el consentimiento prestado para el tratamiento en cualquier momento.

Cuando el tratamiento esté basado en el consentimiento explícito, tiene derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada.

10. Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de Control.

Tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos www.aepd.es si no está conforme con el tratamiento que se hace de sus datos personales.

11. Categoría de datos objeto de tratamiento.

Datos especialmente protegidos, Datos de carácter identificativo.

12. Fuente de la que proceden los datos

Interesado y Terceros.

Más información.

Puede consultar más información y la normativa aplicable en materia de protección de datos en la web de la Agencia Española de Protección de Datos <https://www.aepd.es>, así como en el siguiente enlace: www.comunidad.madrid/protecciondedatos.