



Solicitud de Reintegro de Gastos por material ortoprotésico

CANTIDAD SOLICITADA

€

ENDOSO

1.- 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	

2.- Datos del solicitante (paciente al que prescriben la prótesis 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 el pasaporte solamente en ausencia de DNI/NIE

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

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

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

*cumplimentar el pasaporte solamente en ausencia de DNI/NIE

2.2- Datos de el/la representante:

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

3.- Medio de notificación (OBLIGATORIO):

<input type="radio"/>	Deseo recibir notificación por vía telemática (es obligatorio estar 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			

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

Código IBAN	Entidad	Oficina	D.C	Número de Cuenta



Comunidad de Madrid

5.- Documentación necesaria:

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"/>

DEBE APORTARSE EN TODO CASO	Se aporta con la solicitud
<p>ORIGINAL de la prescripción de material ortoprotésico realizada por el médico especialista del Sistema Nacional de Salud (ANEXO II), que deberá incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Datos personales del paciente - Descripción y código de artículo prescrito según el Catálogo General de Material Ortoprotésico vigente - Diagnóstico - CIAS, N° de Colegiado y firma del Médico que prescribe - Fecha de expedición <p>(Si faltara alguno de los datos indicados, el documento no será válido).</p>	<input type="checkbox"/>
Factura ORIGINAL , que deberá cumplir todos 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"/>
Informes Clínicos complementarios y, en su caso, también presupuesto/s, para aquellos artículos en que así lo establezca el vigente Catálogo General de Material Ortoprotésico (Sillas de ruedas eléctricas; accesorios sillas de ruedas; audífonos; calzado ortopédico; asiento moldeado y otros...)	<input type="checkbox"/>

- (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.

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"/>

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



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

FIRMA DEL SOLICITANTE

DESTINATARIO	
---------------------	--

Información sobre Protección de Datos

1. Responsable del tratamiento de sus datos

- **Responsable:** "CONSEJERÍA DE SANIDAD", "SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD SECRETARÍA GENERAL ÁREA DE PRESTACIONES"
- **Domicilio social:** Consultar www.comunidad.madrid/centros
- **Contacto Delegado de Protección de Datos:** Comité Delegado de Protección de Datos de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid protecciondedatos.sanidad@madrid.org

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

- "Reclamacion de Prestaciones"

En cumplimiento de lo establecido por el Reglamento (UE) 2016/679, de Protección de Datos Personales (RGPD), 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 cual se basa la licitud del tratamiento?

"RGPD 6.1 c) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable 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 ejercitar, 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

-No se realizan

Tiene derecho a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles, que produzca efectos jurídicos sobre usted o le afecte significativamente de modo similar.

6. ¿Por cuánto tiempo conservaremos sus datos personales?

Los datos personales proporcionados se conservarán por el siguiente periodo:

Período determinado

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

7. ¿A qué destinatarios se comunicarán sus datos?

Área de Prestaciones, Intervención Delegada, Inspección Sanitaria, Empresa contratada servicio notificaciones (Palabring 21 Group, S. L.)

8. 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.

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

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

10. Categoría de datos objeto de tratamiento.

Datos de carácter identificativo datos especialmente protegidos

11. Fuente de la que procedan los datos.

El propio interesado y datos obtenidos de las AAPP (Administración Sanitaria y otras)

12. Información adicional.

Pueden consultar la información adicional y detallada de la información y de 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 la información sobre el Registro de Actividades de Tratamiento del Responsable antes señalado en el siguiente enlace: www.comunidad.madrid/protecciondedatos.