



Solicitud de Reintegro de Gastos por material ortoprotésico

CANTIDAD SOLICITADA

Input field for amount with Euro symbol (€)

ENDOSO

1.- Solicita prestación por:

Form with radio buttons for: Accidente de trabajo, Accidente de tráfico, Accidente Deportivo, Otro tipo de accidente, 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):

Form for applicant data: 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):

Form for beneficiary data: 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:

Form for representative data: DNI/NIE, Apellidos, Nombre/Razón Social, Correo electrónico, Fax, Teléfono Fijo, Teléfono Móvil

3.- Medio de notificación (OBLIGATORIO):

Form for notification method: Deseo recibir notificación por vía telemática, Deseo recibir notificación por correo certificado, Tipo de vía, Nombre vía, N°, Piso, Puerta, CP, Localidad, Provincia, País

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

Form for bank entity data: 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	
---------------------	--