



### ANEXO I SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA

Nº DE EXPEDIENTE:  
(a cumplimentar por la Administración)

Datos del Paciente/Solicitante					
Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	D.N.I./N.I.E/ otro documento de identificación personal		
C.I.P.:	Dirección C/ Via/ Avda/		Nº	Piso	Puerta
C.P.	Municipio		Provincia		
Correo electrónico			Teléfono 1	Teléfono 2	

Datos del Representante si procede					
Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	D.N.I./N.I.E/ otro documento de identificación personal		
Dirección C/ Via/ Avda:			Nº	Piso	Puerta
C.P.	Municipio		Provincia		
Correo Electrónico			Teléfono 1	Teléfono 2	

Datos bancarios para la transferencia.					
Titular				D.N.I./N.I.E/ otro documento de identificación personal:	
IBAN	ENTIDAD	OFICINA	DC	NUMERO DE CUENTA	

Asistencia por la que se solicita el reembolso
<p><b>En el caso de haber solicitado autorización previa para el reembolso de los gastos de asistencia sanitaria transfronteriza, haga constar el número de expediente que aparece en la resolución de autorización previa:</b></p> <p>Nº de expediente:</p>

Nº IAPA : nº 2347      MODELO: nº 3785



### Documentación adjunta

- Copia del D.N.I. / N.I.E, del paciente/ solicitante, salvo autorización a la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León para obtener directamente y/o por medios telemáticos la comprobación de los datos de identidad personal. En el caso de identificación mediante pasaporte, copia del mismo.
- Copia del D.N.I. / N.I.E, del representante, salvo autorización a la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León para obtener directamente y/o por medios telemáticos la comprobación de los datos de identidad personal. En el caso de identificación mediante pasaporte, copia del mismo.
- Documento acreditativo de la representación.
- Informe médico que justifique la indicación de la prestación sanitaria que se debe proporcionar al paciente emitido por un facultativo de la Gerencia Regional de Salud.
- Factura original en la que deberá acreditarse por el expendedor que ha sido abonada, en la que consten los datos exigidos en la Orden por la que se regulan los procedimientos de reembolso y autorización previa de la asistencia sanitaria transfronteriza.
- Copia de la prescripción médica o el informe clínico emitido por el facultativo que ha prestado la asistencia sanitaria, en el que deberán constar al menos los datos exigidos en la Orden por la que se regulan los procedimientos de reembolso y autorización previa de la asistencia sanitaria transfronteriza.
- Cuando proceda documentación adicional:

**AUTORIZO** a la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León para obtener directamente y/o por medios telemáticos la información contenida en el D.N.I. / N.I.E.

- Sí
- No

Póngase una X en el cuadro elegido. En el caso de haber marcado la opción No, se deberá aportar fotocopia del documento acreditativo.

### Declaración, lugar, fecha y firma

El abajo firmante **DECLARA**, bajo su responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud y en la documentación adjunta,

En ....., a ..... de ..... de 20.....

Fdo.: .....

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 de que los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado, y de que podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos por la Ley, utilizando al efecto los modelos normalizados aprobados por la Orden PAT/175/2003, de 20 de febrero.

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

SR/A GERENTE DEL ÁREA DE SALUD DE .....