

ANEXO II

Impreso de solicitud de reintegro de gastos al INGESA por reintegro de la aportación establecida en el RDL 16/2012 de 20 de abril

Motivo del reintegro:

- Disconformidad con la cantidad económica reintegrada.
Recetas obtenidas en distinta Comunidad Autónoma.
Recetas prescritas en talonario o "manuales" (no prescritas por medios informáticos).

N.º de expediente (a rellenar por Administración).....
Nombre:..... Primer apellido..... Segundo apellido.....
DNI.....
Nº. C.I.P..... Código TSI..... Nº de afiliación a la Seguridad Social del asegurado..... Domiciliado en..... C/..... Código postal..... Localidad.....

En aplicación del nuevo sistema de aportación para las Recetas Oficiales de la Seguridad Social, regulado por el RDL 16/2012, de 20 de abril, Solicito la revisión de la cuantía liquidada que, en concepto de devolución por superar el tope de aportación mensual ha efectuado el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria a mi favor, relativa a los medicamentos y productos sanitarios de Recetas Médicas Oficiales de la Seguridad Social dispensadas en el periodo que se indica a continuación:

Periodo /os de la dispensación..... Año.....

Para la comprobación de esta reclamación apporto la siguiente documentación:

Hoja/s instrucciones del paciente de la/s receta (original *sellado por la farmacia que efectuó la dispensación) donde figuran las prescripciones de los medicamentos o productos sanitarios.

Solicito devolución del original, especificar: Sí (aporto fotocopia) No

Ticket/s de los productos adquiridos en la /s farmacia/s con datos identificativos de los productos dispensados y de las aportaciones realizadas correspondientes.

Justificante del ingreso bancario de aportaciones correspondientes al periodo reclamado. Informo del -Nº de la Cuenta bancaria en la que deseo en adelante recibir el reintegro

IBAN: [IBAN] [ENTIDAD] [OFICINA] [C..C.] [CUENTA]

Sucursal.....Entidad.....

Consentimiento para recibir notificaciones por medios electrónicos. SI NO
email:

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en el presente formulario, que suscribo para que se me reconozca el reintegro de gasto que corresponda, manifestando que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto nacional de Gestión Sanitaria cualquier variación que de los mismos pudiera producirse en lo sucesivo, y

AUTORIZO, el acceso a los datos que obren en poder de otras administraciones públicas a través de la Plataforma de Intermediación de Datos y la consulta de los datos de identificación personal a través del Servicio de Verificación de Datos de Identidad y de los datos de domicilio a través del Servicio de Verificación de datos de Residencia, así como el cotejo de los datos económicos declarados con los de carácter tributario de la Agencia Estatal de Administración Tributaria, o en cualquier otro Organismo que tuviera atribuida la competencia sobre ellos, manifestando, igualmente, mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia y/o acceso informatizado a los datos de mi historial clínico custodiado por los servicios públicos de salud o centros concertados, en todo caso con la garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de la valoración y calificación de la situación del reintegro de gastos que nos ocupa y, en su caso, de una posterior revisión de la misma.

En.....ade.....201.....
Firmado.....