



SOLICITUD DE PRESTACIÓN SANITARIA

(Antes de cubrir este impreso lea detenidamente las instrucciones de la página 3)

Nº Afiliación S. Social	
D.N.I.	

PRESTACIÓN SOLICITADA
<input type="checkbox"/> Reintegro de gastos <input type="checkbox"/> Ortoprótesis

DATOS PERSONALES DEL TITULAR DE LA CARTILLA SANITARIA

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO				
NOMBRE	SEXO		ESTADO CIVIL		
CALLE o PLAZA	Nº	ESCALERA	PISO	LETRA	
LOCALIDAD	CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	TELÉFONO		

CÓDIGO DE CUENTA BANCARIA DEL ASEGURADO:

PRESTACIÓN SOLICITADA Y FUNDAMENTO DE LA PETICIÓN (consignese el hecho o la circunstancia en la que basa su solicitud)

.....

BENEFICIARIO PARA EL QUE SE SOLICITA (En caso de tratarse del titular del derecho **no** se cumplimentará este apartado)

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
PARENTESCO CON EL TITULAR	
DOCUMENTOS QUE APORTA: SEÑALARLOS EN LA PÁGINA 2	

En _____ a _____ de _____ de 20____
(firma)

Mod. P/8



SOLICITUD DE PRESTACIÓN SANITARIA

SELLO DE REGISTRO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE:

--

Nº Afiliación S. Social	
D.N.I.	

PRESTACIÓN SOLICITADA
<input type="checkbox"/> Reintegro de gastos <input type="checkbox"/> Ortoprótesis

(CONTINÚA AL DORSO)



Documentos que aporta

(marcar con una "X")

- Fotocopia de la **tarjeta sanitaria** (titular y beneficiario) o de la **cartilla** de la Seguridad Social (incluidos beneficiarios).
- Fotocopia del **último recibo pagado** de la Seguridad Social (para autónomos, agrarios o empleados de hogar).
- Ficha de acreedor
- Parte** de accidente laboral, cuando proceda.

En cumplimiento de la Resolución de 9 de enero de 2009 (BOPA 09/02/2009) de la Consejería de Administraciones Públicas y Portavoz del Gobierno, por la que se publican los procedimientos adaptados para la transmisión tecnológica y automática de cesión de datos relativos a DNI / NIE y certificado de empadronamiento para el ejercicio del derecho 6.2 de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos, **manifiesto mi conformidad a que dichos datos sean consultados por parte del órgano instructor** del procedimiento que se inicia por la presente solicitud:

- SÍ** **NO**, por lo que aporto fotocopias de **D.N.I.** del titular de la cartilla o del heredero, en caso de fallecimiento
- (firma)
- certificado de empadronamiento**
(cuando se procede de otra Comunidad Autónoma)

⇒ **ADEMÁS,**

- **SI EL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN HA FALLECIDO ANTES DE LA SOLICITUD:**
 - Certificado de defunción.
 - Renuncia escrita del resto de herederos a favor de un solo heredero.
 - Para herederos forzosos:**
 - Fotocopia del libro de familia del fallecido.
 - Otros herederos:**
 - Certificado de últimas voluntades o declaración de herederos.
- **SI SE SOLICITAN ORTOPRÓTESIS:**
 - Original del **Anexo II** de prescripción de la prestación (en el caso de sillas eléctricas debe ser expedido exclusivamente por los servicios de rehabilitación).
 - Originales de las **facturas** (debidamente selladas y firmadas) con conceptos desglosados.
 - Informe** médico de la prescripción, cuando la solicitud corresponda a una prótesis de miembros mioeléctricos, eléctricos o de control hidráulico; ortoprótesis para agenesias o malformaciones congénitas; sillas de ruedas eléctricas y adaptaciones especiales para sillas de ruedas; asiento moldeado; zapatos gran deformidad; cojín antiescaras de aire; audífonos.
- **SI SE SOLICITA REINTEGRO DE GASTOS:**
 - Fotocopia de **informes médicos**.
 - Originales de las **facturas** (debidamente selladas y firmadas).

De conformidad con lo previsto en el artículo 92 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de R. J. de las AA.PP. y del Procedimiento Administrativo Común, la presente solicitud deberá ser resuelta expresamente en el plazo de **SEIS MESES** desde su presentación. Transcurrido dicho plazo sin recibir notificación expresa, podrá entenderse denegada, pudiendo formularse reclamación previa a la vía jurisdiccional social ante el Servicio de Salud del Principado de Asturias en el plazo de 30 días, a partir de la notificación o de la fecha en que haya de entenderse denegada por silencio administrativo, conforme lo dispuesto en el artículo 120 de la Ley 30/1992 citada, y artículo 31 de la Ley 2/1995, de 13 de marzo, de Rég. Jur. de la Admón. del Pdo. de Asturias, todo ello en relación con el artículo 69 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social.



Instrucciones para cubrir esta solicitud

❖ AL CUBRIR LOS IMPRESOS PROCURE:

- Comprobar que ha firmado la solicitud.
- Escribir con letras mayúsculas.
- Que la dirección sea correcta y completa en todos sus datos.
- Poner siempre el Código Postal.
- Especificar claramente el beneficiario de la prestación y su parentesco con el titular de la cartilla.
- Que las fotocopias sean legibles.

❖ LUGARES DONDE SE PUEDE PRESENTAR ESTA SOLICITUD:

- En el Registro General del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- En las Áreas de Inspección (Inspecciones Médicas).
- En los registros de las Instituciones Sanitarias.
- Según lo dispuesto en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común:
 - ✓ *En los registros de cualquier órgano administrativo, que pertenezca a la Administración General del Estado, a la de cualquier Administración de las Comunidades Autónomas, o a la de alguna de las entidades que integran la Administración Local si, en este último caso, se hubiese suscrito el oportuno convenio.*
 - ✓ *En las oficinas de Correos, en la forma que reglamentariamente se establezca.*