

**Sol·licitud de reintegrament de l'import en concepte d'excés d'aportació dels usuaris en la prestació farmacèutica ambulatoria****Dades de la sol·licitud de reintegrament**

Cognoms i nom de la persona assegurada

CIP

DNI/NIF/NIE

Adreça

Població

Telèfon

Nombre de factures originals aportades a la sol·licitud

Import sol·licitat (camp obligatori)

€

**Dades a l'efecte de rebre notificacions relacionades amb aquesta sol·licitud**☐ Accepto rebre notificacions electròniques a l'adreça electrònica o missatges al telèfon mòbil (especifiqueu l'adreça i el mòbil):<sup>2</sup>

Adreça electrònica

Telèfon mòbil

En cas de no acceptar la recepció de notificacions electròniques, s'enviaran a l'adreça postal de la persona afectada o, si escau, a la de la persona que la representa

**Dades del representant legal (en cas de menors o incapacitats)**

Cognoms i nom

DNI/NIF/NIE

**Dades relatives al Projecte d'interoperabilitat europea**

(empleneu-les només si la dispensació s'ha produït en el marc d'aquest Projecte)

País de dispensació

Data d'inici d'estada al país

Data de finalització

**Sol·licito:**

La devolució de l'import esmentat, en concepte d'excés en l'aportació de la prestació farmacèutica ambulatoria.

Explicueu breument el motiu de la sol·licitud

Signatura de la persona usuària o del representant legal (en cas de menors o incapacitats)

Data

**Autorització per obtenir dades als organismes corresponents**

No cal que lliureu la documentació següent perquè la signatura i presentació d'aquesta sol·licitud comporta que autoritzeu el Servei Català de la Salut perquè la consulti a altres organismes i administracions públiques amb la finalitat de resoldre la vostra sol·licitud, d'acord amb el que preveu l'article 6 de la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, i l'article 28.2 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques:

- Fotocòpia del DNI/NIE o permís de residència (si és el cas).
- Certificat de l'INSS (si és el cas).
- Certificat del grau de discapacitat (si és el cas).

Si no voleu donar aquesta autorització, marqueu la casella de denegació següent i presenteu la documentació esmentada quan lliureu aquesta sol·licitud.

☐ Denego l'autorització al Servei Català de la Salut per obtenir aquestes dades als organismes corresponents.**Declaració responsable de la persona sol·licitant**

- ☐ Declaro la no existència de tercers responsables obligats al pagament de les despeses en concepte de dietes d'estada i manutenció per les quals sol·licito l'ajut i que no he sol·licitat cap tipus d'ajut per al mateix concepte a una altra Administració o a altres entitats públiques o privades.

**Notes:** vegeu el revers d'aquest document.

---

## Documentació que cal aportar

- Originals de les factures o dels tiquets (*es recomana també adjuntar una relació numerada de les factures o tiquets, ordenada per dates i amb el càlcul corresponent*).
  - En cas de recepta mèdica del Servei Català de la Salut en format paper, es recomana lliurar l'original del *Volant d'instruccions per al pacient*.
  - *Sol·licitud de transferència bancària per a pagaments de prestacions complementàries i reintegraments* degudament emplenada.
  - Certificat de l'INSS (en cas de canvi de situació o d'una altra causa que incideixi en el percentatge d'aportació o en el límit màxim mensual recollit al registre central de persones assegurades –RCA– del Servei Català de la Salut, amb indicació des de la data en què s'ha produït aquest canvi) o qualsevol altre document que acrediti la causa de la sol·licitud de reintegrament (pensió no contributiva, Programa interdepartamental de la renda mínima d'inserció –PIRMI–, malaltia professional o accident de treball, etc.).
  - Si la persona assegurada és menor d'edat o incapacitada, el seu representant legal ha d'adjuntar una fotocòpia del DNI del menor o incapacitat i també l'acreditació de la representació legal corresponent.
- 

---

## Instruccions per emplenar aquesta sol·licitud

<sup>1</sup>Aquest apartat l'ha d'emplenar el Servei Català de la Salut.

<sup>2</sup>Acceptació a rebre notificacions electròniques relacionades amb aquesta sol·licitud segons estableixen els articles 14.1 i 41.1 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques.

## Informació bàsica sobre protecció de dades

**Identificació del tractament:** Registre de prestacions complementàries.

**Responsable del tractament:** Sotsdirecció del Servei Català de la Salut. Travessera de les Corts, 131-159, 08028 Barcelona.

**Finalitat:** dur a terme la gestió, el seguiment de la tramitació i autorització de les prestacions del sistema sanitari públic català i/o el seu pagament.

**Legitimació:** consentiment de la persona interessada.

**Destinatari:** les dades s'han de comunicar als encarregats de tractament que actuïn per compte del responsable del tractament.

**Drets de les persones interessades:** podeu exercir els vostres drets d'accés, rectificació, supressió, oposició al tractament, dret a l'oblit, dret a la portabilitat de les dades i sol·licitud de limitació mitjançant el formulari electrònic disponible a Tràmits Gencat (<https://catsalut.gencat.cat/drets-proteccio-dades>).

**Informació addicional:** si voleu ampliar aquesta informació, podeu consultar la informació addicional del tractament al web del Servei Català de la Salut (<https://catsalut.gencat.cat/proteccio-dades>).

---