**Región de Murcia** Consejería de Salud

**Subdirección General de Actividad Concertada y Prestaciones**



**Procedimiento 1104 Teléfonos de información: 012 y 968362000**

**SOLICITUD DE REINTEGRO POR EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD DE LOS GASTOS SANITARIOS EN SITUACIONES DE RIESGO VITAL.**

**TITULAR SOLICITANTE:**

Apellidos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI/NIE.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Móvil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Calle o Plaza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Nº\_\_\_\_, Escalera\_\_\_\_, Piso\_\_\_\_, Letra\_\_\_\_\_

Localidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Código Postal\_\_\_\_\_\_\_, Provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Firma Solicitante:

**DATOS REPRESENTANTE:**

Apellidos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI/NIE.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; Móvil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Calle o Plaza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Nº\_\_\_\_, Escalera\_\_\_\_, Piso\_\_\_\_, Letra\_\_\_\_\_

Localidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Código Postal\_\_\_\_\_\_\_, Provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Firma Representante:

**DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR:**

* Escrito **explicativo** fundamentando la solicitud.

## Copia de todos los informes médicos que crea convenientes.

* **Facturas originales** acreditativas de los gastos ocasionados (debidamente fechadas, selladas y numeradas).
* Justificante del Banco donde conste nombre y apellidos del Titular y 24 dígitos de la Cuenta Corriente.
* En caso de actuar por medio de representante deberá justificar la representación con la que actúa.

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se entiende otorgado el consentimiento para que el órgano administrativo competente consulte de forma electrónica o por otros medios, a esta Administración Pública, otras Administraciones o Entes, los datos personales relacionados a continuación, necesarios para la resolución de este procedimiento/expediente/solicitud:

**En caso contrario, en el que NO otorgue el consentimiento para la consulta, marque la/s siguiente/s casilla/s:**

 No Autorizo al órgano administrativo para que se consulten los datos de *Identidad*

**EN EL CASO DE NO CONCEDER AUTORIZACIÓN A LA ADMINISTRACIÓN, QUEDO OBLIGADO A APORTAR LOS DATOS/DOCUMENTOS RELATIVOS AL PROCEDIMIENTO JUNTO A ESTA SOLICITUD.**

*En cumplimiento del artículo 5 de la Ley 15/1999, por el que se regula el derecho de información en la recogida de los datos, se advierte de los siguientes extremos: los datos de carácter personal que pudieran constar en esta solicitud, se incluirán en el fichero GESTION Y CONTROL DE PRESTACIONES SANITARIAS Y AYUDAS ECONÓMICAS. Podrán ejercer sus derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación ante el Servicio de Actividad Concertada y Prestaciones, de la Dirección de Asistencia Sanitaria, sita en C/ Pinares nº 4, 30001-Murcia.*

**Región de Murcia** Consejería de Salud

**Subdirección General de Actividad Concertada y Prestaciones**



**Procedimiento 1104 Teléfonos de información: 012 y 968362000**

**SOLICITUD DE REINTEGRO POR EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD DE LOS GASTOS SANITARIOS EN SITUACIONES DE RIESGO VITAL.**

**AUTORIZACIÓN EXPRESA DE NOTIFICACIÓN [1]:**

 Deseo ser notificado por carta en mi domicilio.

 Deseo ser notificado electrónicamente. IMPORTANTE: Para poder acceder a este sistema ha de disponer de certificado electrónico.

Autorizo a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia a notificarme a través del Servicio de Notificación Electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM, las actuaciones que se deriven de la tramitación de esta solicitud. A tal fin, me comprometo [2] a acceder periódicamente a través de mi certificado digital, DNI electrónico o de los sistemas de calve habilitados por la Administración Regional, a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM <https://sede.carm.es/>, en el apartado notificaciones electrónicas de la carpeta de ciudadano, o directamente en la URL <https://sede.carm.es/vernotificaciones>.

Asimismo autorizo a la CARM a que me informe siempre que disponga de una nueva notificación en la Sede Electrónica a través de un correo electrónico a la dirección de correo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y/o vía SMS al nº de teléfono móvil\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

[1] Las personas físicas podrán elegir el sistema de notificación (electrónico o en papel) ante la Administración, este derecho no se extiende a los obligados a relacionarse electrónicamente con las Administraciones previsto en el artículo 14.2 de la Ley 39/2015 (personas jurídicas, entidades sin personalidad jurídica, profesionales colegiados, empleados públicos y personas que los representen) quienes por ley están obligados a ser notificados siempre electrónicamente.

[2] De conformidad con lo dispuesto en el artículo 43.2 de la Ley 39/2015, una vez transcurridos 10 días naturales desde la puesta a disposición de la notificación en la Sede Electrónica, sin que la haya descargado, se entenderá que la notificación ha sido realizada.

**DIRIGIDO A LA SUBDIRECCIÓN GENERAL DE ACTIVIDAD CONCERTADA Y PRESTACIONES.**

**DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA.**

**SERVICIO MURCIANO DE SALUD**

**C/ PINARES, 4. - 30001-MURCIA**