

**A DADES DE LA PERSONA ASSEGURADA / DATOS DE LA PERSONA ASEGURADA**
**DADES DE LA PERSONA ASSEGURADA QUE SUBSCRIU / DATOS DE LA PERSONA ASEGURADA QUE SUSCRIBE**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		NÚM. SEURETAT SOCIAL / NUM. SIP N.º SEGURIDAD SOCIAL / N.º SIP	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA
TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO		RÈGIM DEL TREBALLADOR / RÉGIMEN DEL TRABAJADOR		
			<input type="checkbox"/> General	<input type="checkbox"/> Pensionista	<input type="checkbox"/> Altres Otros

**DADES DE LA PERSONA QUE VA PRECISAR LA ASSISTÈNCIA / DATOS DE LA PERSONA QUE PRECISÓ LA ASISTENCIA**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		PARENTESC AMB TITULAR PARENTESCO CON TITULAR	
---------------------	--	--------------	--	---	--

**B EXPOSICIÓ (\*) / EXPOSICIÓN (\*)**

(\*) Si necessita major extensió, cal fer-ho en document annex.  
Si necesita mayor extensión, hacerlo en documento anexo.

**C SOL-LICITUD / SOLICITUD**

Per tot l'exposat, formula la present reclamació per un import d \_\_\_\_\_ EUR, per les despeses ocasionades per les circumstàncies assenyalades anteriorment.

Por cuanto antecede, formula la presente reclamación por un importe de \_\_\_\_\_ EUR, por los gastos ocasionados por las circunstancias señaladas anteriormente.

**D COMPTES BANCARIS / CUENTAS BANCARIAS**
**DADES DE LA PERSONA TITULAR / DATOS DE LA PERSONA TITULAR**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI / NIF	
---------------------	--	--------------	--	-----------	--

**COMPTE NACIONAL / CUENTA NACIONAL**

ENTITAT FINANCERA / ENTIDAD FINANCIERA		SUCURSAL			
--	--	----------	--	--	--

CÒDI IBAN CÓDIGO IBAN		CÒDI ENTITAT CÓDIGO ENTIDAD		CÒDI SUCURSAL CÓDIGO SUCURSAL		DC		NÚMERO DE COMPTE CORRENT NÚMERO DE CUENTA CORRIENTE									

**COMPTE ESTRANGER / CUENTA EXTRANJERO**

CÒDI IBAN CÓDIGO IBAN		CÒDI ENTITAT CÓDIGO ENTIDAD		CÒDI SUCURSAL CÓDIGO SUCURSAL		DC		NÚMERO DE COMPTE CORRENT NÚMERO DE CUENTA CORRIENTE									

CÒDI BIC / CÓDIGO BIC		PAÍS - ESTAT DEL COMPTE / PAÍS - ESTADO DE LA CUENTA			

\_\_\_\_\_, d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
La persona sol·licitant / La persona solicitante

Firma: \_\_\_\_\_

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

**SOL-LICITUD DE REINTEGRAMENT DE GASTOS PER  
PROCEDIMENT ASSISTENCIAL. SANITAT TRANSFRONTERERA**  
**SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS POR  
PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL. SANIDAD TRANSFRONTERIZA**

**A DADES DE LA PERSONA ASSEGURADA / DATOS DE LA PERSONA ASEGURADA**
**DADES DE LA PERSONA ASSEGURADA QUE SUBSCRIU / DATOS DE LA PERSONA ASEGURADA QUE SUSCRIBE**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		NÚM. SEGURETAT SOCIAL / NUM. SIP N.º SEGURIDAD SOCIAL / N.º SIP	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA
TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO		RÈGIM DEL TREBALLADOR / RÉGIMEN DEL TRABAJADOR		
			<input type="checkbox"/> General	<input type="checkbox"/> Pensionista	<input type="checkbox"/> Altres Otros

**DADES DE LA PERSONA QUE VA PRECISAR LA ASSISTÈNCIA / DATOS DE LA PERSONA QUE PRECISÓ LA ASISTENCIA**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		PARENTESC AMB TITULAR PARENTESCO CON TITULAR	
---------------------	--	--------------	--	---	--

**B EXPOSICIÓ (\*) / EXPOSICIÓN (\*)**

(\*) Si necessita major extensió, cal fer-ho en document annex.  
Si necesita mayor extensión, hacerlo en documento anexo.

**C SOL-LICITUD / SOLICITUD**

Per tot l'exposat, formula la present reclamació per un import d \_\_\_\_\_ EUR, per les despeses ocasionades per les circumstàncies assenyalades anteriorment.

Por cuanto antecede, formula la presente reclamación por un importe de \_\_\_\_\_ EUR, por los gastos ocasionados por las circunstancias señaladas anteriormente.

**D COMPTES BANCARIS / CUENTAS BANCARIAS**
**DADES DE LA PERSONA TITULAR / DATOS DE LA PERSONA TITULAR**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI / NIF	
---------------------	--	--------------	--	-----------	--

**COMPTE NACIONAL / CUENTA NACIONAL**

ENTITAT FINANCERA / ENTIDAD FINANCIERA		SUCURSAL			
--	--	----------	--	--	--

CODI IBAN CÓDIGO IBAN	CODI ENTITAT CÓDIGO ENTIDAD	CODI SUCURSAL CÓDIGO SUCURSAL	DC	NÚMERO DE COMPTE CORRENT NÚMERO DE CUENTA CORRIENTE							

**COMPTE ESTRANGER / CUENTA EXTRANJERO**

CODI IBAN CÓDIGO IBAN	CODI ENTITAT CÓDIGO ENTIDAD	CODI SUCURSAL CÓDIGO SUCURSAL	DC	NÚMERO DE COMPTE CORRENT NÚMERO DE CUENTA CORRIENTE							

CODI BIC / CÓDIGO BIC		PAIS - ESTAT DEL COMPTE / PAÍS - ESTADO DE LA CUENTA			

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

La persona sol·licitant / La persona solicitante

Firma: \_\_\_\_\_

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

**E INSTRUCCIONS / INSTRUCCIONES**

1. La sol·licitud ha d'anar firmada pel titular del dret, és a dir, l'assegurat, encara que els fets els haja produït un beneficiari.
2. Han d'aportar-se els documents i factures dels gastos que reclama i tots els mitjans de prova considere oportuns, segons s'exposa en el RD 81/2014, de 7 de febrer, en el seu annex I, sobre documentació per al procediment de reembossament.
3. El text de l'exposició ha de relatar el més clarament possible els fets que donen lloc a la sol·licitud.
4. La sol·licitud ha de presentar-se en els Servicis Territorials de Sanitat, sitis a Alacant (c/ Girona, 26 - 03001), Castelló (c/ Hort dels Corders, 12 - 12001) i València (Gran Via Ferran el Catòlic, 74 - 46008), o en qualsevol altra de les formes previstes en l'article 38.4 de la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de Règim Jurídic de les Administracions Públiques i de Procediment Administratiu Comú.
5. L'assegurat rebrà per escrit i en el seu domicili la resolució corresponent.
6. La quantitat a reembossar serà la que correspon per la Llei de Taxes de la Comunitat Valenciana. Si el cost de l'atenció sanitària assenyalada en la factura és inferior al que especifiquen les tarifes de la Llei de Taxes de la Comunitat Valenciana, es reembossarà segons el cost real d'acord amb la factura presentada.
7. L'autoritat sanitària, si ho considera necessari, podrà sol·licitar una avaluació prèvia del personal facultatiu del Sistema Sanitari Públic que justifique la indicació de la prestació sanitària que s'ha proporcionat al pacient.

1. La solicitud debe ir firmada por el titular del derecho, es decir, el asegurado, aunque los hechos los haya producido un beneficiario.
2. Deben aportarse los documentos y facturas de los gastos que reclama y cuantos medios de prueba considere oportunos, según se expone en el R.D. 81/2014, de 7 de febrero, en su anexo I, sobre documentación para el procedimiento de reembolso.
3. El texto de la exposición debe relatar lo más claramente posible los hechos que den lugar a la solicitud.
4. La solicitud debe presentarse en los Servicios Territoriales de Sanidad, sitos en Alicante (c/ Gerona, 26 - 03001), Castellón (c/ Huerto Sogueros, 12 - 12001) y Valencia (Gran Vía Fernando el Católico, 74 - 46008), o en cualquier otra de las formas previstas en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y de Procedimiento Administrativo Común.
5. El asegurado recibirá por escrito y en su domicilio la resolución correspondiente.
6. La cantidad a reembolsar será la que corresponde por la Ley de Tasas de la Comunidad Valenciana. Si el coste de la atención sanitaria señalada en la factura fuera inferior al especificado en las tarifas de la Ley de Tasas de la Comunidad Valenciana se reembolsará según el coste real de acuerdo con la factura presentada.
7. La autoridad sanitaria, si lo considera necesario, podrá solicitar una evaluación previa del personal facultativo del Sistema Sanitario Público, que justifique la indicación de la prestación sanitaria que se ha proporcionado al paciente.