

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS ASISTENCIALES

A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SERVICIO DE SALUD DE: [Nombre de tu Comunidad Autónoma] **A LA ATENCIÓN DE LA UNIDAD DE REESTABLECIMIENTO DE GASTOS.**

DATOS DEL SOLICITANTE: Nombre y Apellidos:

_____ **DNI/NIE:**

_____ **Nº Tarjeta Sanitaria:** _____ **Domicilio a efectos de notificaciones:** _____ **Teléfono:**

_____ **Email:** _____

EXPONGO:

Que por medio del presente escrito solicito el reintegro de los gastos derivados de la asistencia sanitaria/adquisición de material ortoprotésico recibida de forma ajena al Servicio Público de Salud, debido a una situación de **urgencia vital** o por **denegación injustificada de asistencia** en los términos que establece la ley.

DETALLE DE LA RECLAMACIÓN:

- **Concepto del gasto:** [Ej: Intervención quirúrgica, Prótesis, Medicación]
- **Importe total reclamado:** _____ €
- **Motivo del gasto externo:** [Ej: Riesgo vital, superación de plazos máximos de espera, falta de medios en el centro público].

FUNDAMENTOS DE DERECHO:

- **Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre**, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (Artículo 5).
- **Ley 14/1986, General de Sanidad.**
- **Jurisprudencia del Tribunal Supremo** sobre el reintegro de gastos médicos en casos de urgencia vital o asistencia denegada.

SOLICITO:

Que, previa comprobación de los hechos y tras la aportación de las facturas originales y los informes médicos que se adjuntan a este escrito, se proceda al abono del importe reclamado mediante transferencia bancaria al siguiente número de cuenta (IBAN): ES

____ / ____ / ____ / ____ / _____

En _____, a ____ de _____ de 202

(Firma del solicitante)

NOTA: Es **imprescindible** adjuntar:

1. Las **facturas originales** (no valen tickets borrosos).
2. El **informe médico** que justifique por qué era urgente o necesario ir por fuera del sistema público.