

EXPEDIENTE DE REINTEGRO POR ASISTENCIA SANITARIA EN EL EXTERIOR

SERVICIO PROVINCIAL

REGISTRO DE PRESENTACIÓN

OFICINA DELEGADA

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUD

Número de afiliación		Entidad médica		DATOS DEL TITULAR		DNI/NIE/Pasaporte	
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		Teléfono: Fijo Móvil	
Domicilio			Código postal y localidad		Provincia		País
Si desea recibir información, indique su dirección de correo electrónico							
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN							
Nombre y apellidos (si fuese el propio titular, indíquese "el mismo")				DNI/NIE/Pasaporte		Relación con el titular	
DATOS PARA INFORMACIÓN SOBRE LA NOTIFICACIÓN							
Cumplimentese si desea que la notificación se practique en lugar distinto de su domicilio:							
Calle y nº:							
Código Postal y localidad:			Provincia:		País:		

TIPO/DURACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO

Marque con X la cuadrícula correspondiente en función de si el desplazamiento es por motivos privados o profesionales (en el supuesto de beneficiarios que acompañen al titular debe marcarse el tipo de desplazamiento de este último).
En casos de desplazamientos temporales por razones privadas la asistencia sanitaria cubierta es la de carácter urgente y no demorable y la cobertura temporal máxima es de dos meses desde el inicio del desplazamiento.

PRIVADO	PROFESIONAL (comisión de servicios, licencia estudios, otros...)
PERIODO DE DESPLAZAMIENTO: DESDE (dd/mm/aaaa) HASTA (dd/mm/aaaa)	

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

Siempre el señalado con ☒ y, en el caso que proceda, el señalado con ☐ marcándolo con X. Además, para cada supuesto de asistencia sanitaria, los dos que se indican, marcándolos con X.
Si se trata de mutualistas en las situaciones de los apartados b) o j) del artículo 87.1 de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público (Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre), es preciso presentar documentación que justifique la no cobertura de la asistencia recibida.

Declaración firmada por la persona titular, haciendo constar las razones y duración del desplazamiento al exterior y describiendo brevemente los hechos, acompañada de la documentación acreditativa de su contenido, como puede ser la relativa al inicio del desplazamiento.

Traducción al castellano, o en su caso a la lengua cooficial de la CCAA, de los documentos necesarios en cada supuesto.

En desplazamiento por motivo profesional debe acompañarse copia del documento acreditativo expedido por el organismo competente.

Si se dispone de algún seguro u otro tipo de cobertura deberá acreditarse la extensión y cobertura del mismo, así como los importes que estén cubiertos.

ASISTENCIA MÉDICO-HOSPITALARIA	Informe clínico con detalle del diagnóstico y de la asistencia prestada. Factura del Centro Sanitario.
ASISTENCIA MÉDICO-AMBULATORIA	Informe del facultativo con el diagnóstico. Factura del médico.
MEDICAMENTOS Y DEMÁS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS DISPENSADOS EN RÉGIMEN AMBULATORIO	Receta o prescripción. Factura de la Farmacia en la que conste el producto dispensado y el precio abonado.

EJEMPLAR PARA MUFACE

UTILIZACIÓN DE LA TARJETA SANITARIA EUROPEA

Si para recibir la asistencia sanitaria que ha dado lugar a los gastos cuyo reintegro se solicita, se ha utilizado la TSE/CPS se cumplimentarán los siguientes datos, según proceda:

País de estancia

Se solicita el reintegro de los gastos por copago.

Se solicita el reintegro de la totalidad del coste de la asistencia porque no se solicitó el reembolso de los gastos en el país de estancia. En este caso, si alguna prestación o servicio no estuviese cubierta conforme a la normativa de MUFACE:

Se solicita que, en aplicación del artículo 25.5, párrafo segundo, del Reglamento (CE) 987/2009, MUFACE recabe información sobre el porcentaje o importe que la institución del lugar de estancia hubiera reembolsado de haberse solicitado.

IMPORTE DE LOS GASTOS CUYO REINTEGRO SE SOLICITA

El importe debe consignarse en la moneda en que se haya realizado el abono. El reintegro se efectuará en euros, al tipo de cambio vigente en la fecha del pago de las facturas.

Importe

Moneda

- Asistencia Médico-hospitalaria
- Asistencia Médico-ambulatoria
- Medicamentos y demás productos farmacéuticos

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

CÓDIGO IBAN	CÓDIGO BANCO	CÓDIGO SUCURSAL	D.C	Nº CUENTA

Declaro expresamente:

- a) Que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.
- b) Que (marque lo que proceda)

No dispongo de ningún tipo de seguro o cobertura para los gastos solicitados.

Sí dispongo de seguro o cobertura para los gastos solicitados y a tal efecto acompaño la documentación correspondiente.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado
(Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

COMUNICACIÓN INFORMATIVA: De conformidad con lo establecido en el artículo 21.4 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se informa que el plazo máximo normativamente establecido para la resolución y notificación de la solicitud es de DOS MESES desde la fecha en que ha tenido entrada en el Registro del órgano competente para su tramitación, siendo los efectos de la falta de resolución en plazo ESTIMATORIOS.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales), y el artículo 11 de la Ley Orgánica 3 /2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se informa que los datos personales facilitados serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar las prestaciones sanitarias en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante la Directora del Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE.
Más información en el apartado "[Privacidad y protección de datos](#)" de la página web de Muface.
Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: "[Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad](#)".

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

EXPEDIENTE DE REINTEGRO POR ASISTENCIA SANITARIA EN EL EXTERIOR	
SERVICIO PROVINCIAL	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUD

Número de afiliación	Entidad médica	DATOS DEL TITULAR		DNI/NIE/Pasaporte	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Teléfono:		
			Fijo		
			Móvil		
Domicilio	Código postal y localidad	Provincia	País		
Si desea recibir información, indique su dirección de correo electrónico					
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN					
Nombre y apellidos (si fuese el propio titular, indíquese "el mismo")		DNI/NIE/Pasaporte		Relación con el titular	
DATOS PARA INFORMACIÓN SOBRE LA NOTIFICACIÓN					
Cumplimentese si desea que la notificación se practique en lugar distinto de su domicilio:					
Calle y nº:					
Código Postal y localidad:		Provincia:	País:		

TIPO/DURACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO	
Marque con X la cuadrícula correspondiente en función de si el desplazamiento es por motivos privados o profesionales (en el supuesto de beneficiarios que acompañen al titular debe marcarse el tipo de desplazamiento de este último). En casos de desplazamientos temporales por razones privadas la asistencia sanitaria cubierta es la de carácter urgente y no demorable y la cobertura temporal máxima es de dos meses desde el inicio del desplazamiento.	
PRIVADO	PROFESIONAL (comisión de servicios, licencia estudios, otros...)
PERIODO DE DESPLAZAMIENTO: DESDE (dd/mm/aaaa) HASTA (dd/mm/aaaa)	

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE	
Siempre el señalado con ☒ y, en el caso que proceda, el señalado con ☐ marcándolo con X. Además, para cada supuesto de asistencia sanitaria, los dos que se indican, marcándolos con X. Si se trata de mutualistas en las situaciones de los apartados b) o j) del artículo 87.1 de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público (Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre), es preciso presentar documentación que justifique la no cobertura de la asistencia recibida.	
Declaración firmada por la persona titular, haciendo constar las razones y duración del desplazamiento al exterior y describiendo brevemente los hechos, acompañada de la documentación acreditativa de su contenido, como puede ser la relativa al inicio del desplazamiento.	
Traducción al castellano, o en su caso a la lengua cooficial de la CCAA, de los documentos necesarios en cada supuesto.	
En desplazamiento por motivo profesional debe acompañarse copia del documento acreditativo expedido por el organismo competente.	
Si se dispone de algún seguro u otro tipo de cobertura deberá acreditarse la extensión y cobertura del mismo, así como los importes que estén cubiertos.	
ASISTENCIA MÉDICO-HOSPITALARIA	Informe clínico con detalle del diagnóstico y de la asistencia prestada. Factura del Centro Sanitario.
ASISTENCIA MÉDICO-AMBULATORIA	Informe del facultativo con el diagnóstico. Factura del médico.
MEDICAMENTOS Y DEMÁS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS DISPENSADOS EN RÉGIMEN AMBULATORIO	Receta o prescripción. Factura de la Farmacia en la que conste el producto dispensado y el precio abonado.

EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA

UTILIZACIÓN DE LA TARJETA SANITARIA EUROPEA

Si para recibir la asistencia sanitaria que ha dado lugar a los gastos cuyo reintegro se solicita, se ha utilizado la TSE/CPS se cumplimentarán los siguientes datos, según proceda:

País de estancia

Se solicita el reintegro de los gastos por copago.

Se solicita el reintegro de la totalidad del coste de la asistencia porque no se solicitó el reembolso de los gastos en el país de estancia. En este caso, si alguna prestación o servicio no estuviese cubierta conforme a la normativa de MUFACE:

Se solicita que, en aplicación del artículo 25.5, párrafo segundo, del Reglamento (CE) 987/2009, MUFACE recabe información sobre el porcentaje o importe que la institución del lugar de estancia hubiera reembolsado de haberse solicitado.

IMPORTE DE LOS GASTOS CUYO REINTEGRO SE SOLICITA

El importe debe consignarse en la moneda en que se haya realizado el abono. El reintegro se efectuará en euros, al tipo de cambio vigente en la fecha del pago de las facturas.

Importe

Moneda

- Asistencia Médico-hospitalaria
- Asistencia Médico-ambulatoria
- Medicamentos y demás productos farmacéuticos

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

CÓDIGO IBAN	CÓDIGO BANCO	CÓDIGO SUCURSAL	D.C	Nº CUENTA

Declaro expresamente:

- c) Que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.
- d) Que (marque lo que proceda)

No dispongo de ningún tipo de seguro o cobertura para los gastos solicitados.

Sí dispongo de seguro o cobertura para los gastos solicitados y a tal efecto acompaño la documentación correspondiente.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado
(Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

COMUNICACIÓN INFORMATIVA: De conformidad con lo establecido en el artículo 21.4 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se informa que el plazo máximo normativamente establecido para la resolución y notificación de la solicitud es de DOS MESES desde la fecha en que ha tenido entrada en el Registro del órgano competente para su tramitación, siendo los efectos de la falta de resolución en plazo ESTIMATORIOS.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales), y el artículo 11 de la Ley Orgánica 3 /2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se informa que los datos personales facilitados serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar las prestaciones sanitarias en el Régimen del Mutuo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante la Directora del Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE.

Más información en el apartado "[Privacidad y protección de datos](#)" de la página web de Muface.

Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: "https://www.muface.es/muface_Home/muface/proteccion-de-datos/contacte-delegado-de-proteccion-de-datos.html".

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO