

EXPEDIENT PER A LA COMISSIÓ MIXTA EXTERIOR	
SERVEI PROVINCIAL	REGISTRE DE PRESENTACIÓ
OFICINA DELEGADA	
CODI DE L'EXPEDIENT	REGISTRE D'ENTRADA

RECLAMACIÓ

Número d'afiliació	NIF/Passaport/D.Identificació(UE)		DADES DEL TITULAR		Entitat mèdica actual
Primer cognom	Segon cognom	Nom	correu electrònic		Telèfon
Domicili		Codi postal i localitat		Província	País

CONTINGUT DE LA RECLAMACIÓ

Exposeu la causa de la reclamació i, si és de contingut econòmic, indiqueu l'import total reclamat, detallant en el seu cas les prestacions que es sol. liciten, a mes tingueu en compte que:

a. La reclamació s'ha de basar en un incompliment del Concert per part de l'entitat.

b. Les qüestions que afectin o que hi facin referència l'àmbit propi de l'exercici professional dels facultatius o de l'activitat assistencial dels centres sanitaris no poden ser objecte de reclamació en aquesta via.

c. Amb caràcter general, si la reclamació consisteix en el fet que l'entitat hauria de reintegrar o assumir despeses ocasionades per la utilització de facultatius o centres aliens als seus quadres medicosanitaris, és necessari que aquesta utilització estigui motivada en una denegació injustificada d'assistència o en una urgència de caràcter vital, segons es defineixen en el concert vigent i amb els requisits previstos en les seves clàusules.

d. Heu d'adjuntar tots els documents que puguin justificar el contingut de la reclamació, inclosa la denegació de l'entitat

El Concert es publica en el BOE i es pot consultar a www.muface.es o les oficines de MUFACE.

En cas necessari seguïu a la pàgina següent

CONTINGUT DE LA RECLAMACIÓ

Continuació

COMUNICACIÓ INFORMATIVA

Conforme el que estableix l' art. 24.4 de la Lley 39/2015, de l' 1 d' Octubre, del Procediment Administratiu Comú de les Administracions Públiques, s' informa que el plaç màxim normativament establert per a la resolució i notificació de la reclamació es de TRES MESOS, des de la data en que ha tingut entrada al Registre de l' òrgan competent per a la seva tramitació, sent els efectes de la falta de resolució en plaç ESTIMATORIS.

DADES RELATIVES A LA NOTIFICACIÓ *(Empleneu amb una X l'opció escollida)*

A l'efecte de notificació, la persona interessada assenyalat com a **mitjà preferent**:

Servei postal

Altres *(indiqueu-los)*

I com a segon lloc de notificació *(empleneu-lo solament en el cas que desitgeu que es comuniqui en un lloc diferent de l'assenyalat en l'apartat "dades del titular")::*

Domicili particular

Domicili laboral

Un altre domicili

Domicili de la notificació *(avinguda, carrer o plaça)*

Localitat

Cód postal

Província

País

Telèfon número

LLOC I DATA

SIGNATURA DEL SOL·LICITANT, o del seu representant degudament acreditat (Art. 5 de la Llei 39/2015, d' 1 d' octubre).

PROTECCIÓ DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL: D'acord amb l'article 13 del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (Reglament General de Protecció de Dades Personals), i l'article 11 de la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre de Protecció de Dades i garantia dels drets digitals, us informem que les dades personals facilitades seran tractades per MUFACE amb la finalitat de gestionar les prestacions sanitàries en el Règim del mutualisme administratiu. Aquest tractament és necessari per al compliment de l'obligació legal establerta en els articles 4 i 12 del text refós de la Llei sobre Seguretat Social dels funcionaris civils de l'Estat (aprovat per Reial Decret Legislatiu 4/2000, de 23 de juny). Podeu exercir els vostres drets en matèria de protecció de dades davant la directora del Departament de Prestacions Sanitàries de MUFACE.

Més informació en l'apartat " [Privadesa i protecció de dades](#) " de la pàgina web de Muface.

Delegat de Protecció de Dades de la Mutualitat: https://www.muface.es/muface_Home/ca/muface/proteccion-de-datos/contacte-delegado-de-proteccion-de-datos.html.

MUTUALITAT GENERAL DE FUNCIONARIS CIVILS DE L'ESTAT

EXPEDIENT PER A LA COMISSIÓ MIXTA EXTERIOR

SERVEI PROVINCIAL

REGISTRE DE PRESENTACIÓ

OFICINA DELEGADA

CODI DE L'EXPEDIENT

REGISTRE D'ENTRADA

RECLAMACIÓ

Número d'afiliació	NIF/Passaport/D.Identificació(UE)		DADES DEL TITULAR		Entitat mèdica actual
Primer cognom	Segon cognom	Nom	correu electrònic		Telèfon
Domicili		Codi postal i localitat	Província		País

CONTINGUT DE LA RECLAMACIÓ

Exposeu la causa de la reclamació i, si és de contingut econòmic, indiqueu l'import total reclamat, detallant en el seu cas les prestacions que es sol. liciten, a mes tingueu en compte que:

- a. La reclamació s'ha de basar en un incompliment del Concert per part de l'entitat.
- b. Les qüestions que afectin o que hi facin referència l'àmbit propi de l'exercici professional dels facultatius o de l'activitat assistencial dels centres sanitaris no poden ser objecte de reclamació en aquesta via.
- c. Amb caràcter general, si la reclamació consisteix en el fet que l'entitat hauria de reintegrar o assumir despeses ocasionades per la utilització de facultatius o centres aliens als seus quadres medicosanitaris, és necessari que aquesta utilització estigui motivada en una denegació injustificada d'assistència o en una urgència de caràcter vital, segons es defineixen en el concert vigent i amb els requisits previstos en les seves clàusules.
- d. Heu d'adjuntar tots els documents que puguin justificar el contingut de la reclamació, inclosa la denegació de l'entitat

El Concert es publica en el BOE i es pot consultar a www.muface.es o les oficines de MUFACE.

En cas necessari seguiu a la pàgina següent

CONTINGUT DE LA RECLAMACIÓ

Continuació

COMUNICACIÓ INFORMATIVA

Conforme el que estableix l' art. 24.4 de la Lley 39/2015, de l' 1 d' Octubre, del Procediment Administratiu Comú de les Administracions Públiques, s' informa que el plaç màxim normativament establert per a la resolució i notificació de la reclamació es de TRES MESOS, des de la data en que ha tingut entrada al Registre de l' òrgan competent per a la seva tramitació, sent els efectos de la falta de resolució en plaç ESTIMATORIS.

DADES RELATIVES A LA NOTIFICACIÓ *(Empleneu amb una X l'opció escollida)*

A l'efecte de notificació, la persona interessada assenyalat com a **mitjà preferent**:

Servei postal

Altres *(indiqueu-los)*

I com a segon lloc de notificació *(empleneu-lo solament en el cas que desitgeu que es comuniqui en un lloc diferent de l'assenyalat en l'apartat "dades del titular")::*

Domicili particular

Domicili laboral

Un altre domicili

Domicili de la notificació *(avinguda, carrer o plaça)*

Localitat

Cód postal

Província

País

Telèfon número

LLOC I DATA

SIGNATURA DEL SOL·LICITANT, o del seu representant degudament acreditat (Art. 5 de la Llei 39/2015, d' 1 d' octubre).

PROTECCIÓ DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL: D'acord amb l'article 13 del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (Reglament General de Protecció de Dades Personals), i l'article 11 de la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre de Protecció de Dades i garantia dels drets digitals, us informem que les dades personals facilitades seran tractades per MUFACE amb la finalitat de gestionar les prestacions sanitàries en el Règim del mutualisme administratiu. Aquest tractament és necessari per al compliment de l'obligació legal establerta en els articles 4 i 12 del text refós de la Llei sobre Seguretat Social dels funcionaris civils de l'Estat (aprovat per Reial Decret Legislatiu 4/2000, de 23 de juny). Podeu exercir els vostres drets en matèria de protecció de dades davant la directora del Departament de Prestacions Sanitàries de MUFACE.

Més informació en l'apartat "[Privadesa i protecció de dades](#)" de la pàgina web de Muface.

Delegat de Protecció de Dades de la Mutualitat: https://www.muface.es/muface_Home/ca/muface/proteccion-de-datos/contacte-delegado-de-proteccion-de-datos.html.

MUTUALITAT GENERAL DE FUNCIONARIS CIVILS DE L'ESTAT