

EXPEDIENTE PARA A COMISIÓN MIXTA EXTERIORES	
SERVICIO PROVINCIAL	REXISTRO DE PRESENTACIÓN
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO DO EXPEDIENTE	REXISTRO DE ENTRADA

RECLAMACIÓN

Número de afiliación	NIF/ Pasaporte/D. de identificación(UE)		DATOS DO/A TITULAR		Entidade médica actual
Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome	Enderezo electrónico		Teléfono
Domicilio		Código postal e localidade		Provincia	País

CONTIDO DA RECLAMACIÓN

Expoña a causa da reclamación e, se é de contido económico, indique o importe total reclamado, detallando no seu caso as prestacións que se solicitan, ademáis teña en conta:

a) A reclamación deberá basearse no incumplimento dun concerto por parte da entidade.

b) As cuestións que afecten ou se refiran ao ámbito propio do exercicio profesional dos/as facultativos/as ou da actividade asistencial dos centros sanitarios non poden ser reclamados por esta vía.

c) Con carácter xeral, se a reclamación consiste en que a entidade debería reintegrar ou asumir os gastos ocasionados pola utilización de facultativos/as ou de centros alleos aos seus catálogos de servicios, cómpre que a dita utilización estea motivada nunha denegación inxustificada da asistencia ou nunha urxencia de carácter vital, segundo se definen no concerto vixente e cos requisitos previstos nas súas cláusulas.

d) Achegue todos os documentos que poidan xustificar o contido da reclamación, incluída a denegación da entidade.

O Concerto está publicado no Boletín Oficial do Estado e pode consultarse en [www. muface.es](http://www.muface.es) ou nas oficinas de MUFACE.

De ser preciso continuar na siguiente páxina

CONTIDO DA RECLAMACIÓN

Continuación

COMUNICACIÓN INFORMATIVA

De conformidade con lo establecido en el art. 24.4 de la Ley 39/2015, de 1 de outubro, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se informa que el prazo máximo normativamente establecido para la resolución y notificación de la reclamación es de TRES MESES, desde la fecha en que ha tenido entrada en Registro del órgano competente para su tramitación, sendo los efectos de la falta de resolución en prazo ESTIMATORIOS.

DATOS RELATIVOS Á NOTIFICACIÓN *(Marque cunha cruz as opcións elixidas)*

Para os efectos da notificación, o/a interesado/a sinala como **medio preferente**:

Servicio Postal

Outros (indíquese)

e como segundo lugar da notificación *(cúbrase soamente no caso de que desexe que se lle notifique nun lugar distinto ao sinalado no apartado "datos do/a titular")*:

Domicilio particular

Domicilio laboral

Outro domicilio

Domicilio da notificación (avda., rúa ou praza)

Localidade

Código postal

Provincia

País

Teléfono

LUGAR E DATA

SINATURA DO/A SOLICITANTE, ou do/da seu/súa representante debidamente acreditado/a (Art. 5 da Lei 39/2015, de 1 de outubro).

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSOAL: De acordo co artigo 13 do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello de 27 de abril de 2016 (Regulamento Xeral de Protección de Datos Persoais), e o artigo 11 da Ley Organica 3/2018, de 5 de decembro, de protección de datos e garantía dos dereitos dixitais, infórmase que os datos persoais facilitados serán tratados por MUFACE coa finalidade de xestionar as prestacións sanitarias no Réximen do Mutualismo Administrativo.

Este tratamento é necesario para o cumprimento da obrigaion legal establecida nos artigos 4 e 12 do Texto Refundido da Ley sobre Seguridade Social dos Funcionarios Civiles do Estado (aprobado por Real Decreto Lexislativo 4/2000, de 23 de xuño). Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante a Directora do Departamento de Prestacións Sanitarias de MUFACE.

Máis información na apartado "[Privacidade e protección de datos](#)" da páxina web de Muface.

Delegado de Protección de Datos da Mutualidade: https://www.muface.es/muface_Home/gl/muface/proteccion-de-datos/contacte-delegado-de-proteccion-de-datos.html

MUTUALIDADE XERAL DE FUNCIONARIOS CIVÍS DO ESTADO

EXPEDIENTE PARA A COMISIÓN MIXTA EXTERIORES	
SERVICIO PROVINCIAL	REXISTRO DE PRESENTACIÓN
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO DO EXPEDIENTE	REXISTRO DE ENTRADA

RECLAMACIÓN

Número de afiliación	NIF/ Pasaporte/D. de identificación(UE)		DATOS DO/A TITULAR		Entidade médica actual
Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome	Enderezo electrónico		Teléfono
Domicilio		Código postal e localidade	Provincia		País
CONTIDO DA RECLAMACIÓN					
<i>Expoña a causa da reclamación e, se é de contido económico, indique o importe total reclamado, detallando no seu caso as prestacións que se solicitan, ademáis teña en conta:</i> <i>a) A reclamación deberá basearse no incumplimento dun concerto por parte da entidade.</i> <i>b) As cuestións que afecten ou se refiran ao ámbito propio do exercicio profesional dos/as facultativos/as ou da actividade asistencial dos centros sanitarios non poden ser reclamados por esta vía.</i> <i>c) Con carácter xeral, se a reclamación consiste en que a entidade debería reintegrar ou asumir os gastos ocasionados pola utilización de facultativos/as ou de centros alleos aos seus catálogos de servicios, cómpre que a dita utilización estea motivada nunha denegación inxustificada da asistencia ou nunha urxencia de carácter vital, segundo se definen no concerto vixente e cos requisitos previstos nas súas cláusulas.</i> <i>d) Achegue todos os documentos que poidan xustificar o contido da reclamación, incluída a denegación da entidade.</i> <i>O Concerto está publicado no Boletín Oficial do Estado e pode consultarse en www. muface.es ou nas oficinas de MUFACE.</i>					
De ser preciso continuar na seguinte páxina					

CONTIDO DA RECLAMACIÓN

Continuación

COMUNICACIÓN INFORMATIVA

De conformidade con lo establecido en el art. 24.4 de la Ley 39/2015, de 1 de outubro, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se informa que el prazo máximo normativamente establecido para la resolución y notificación de la reclamación es de TRES MESES, desde la fecha en que ha tenido entrada en Registro del órgano competente para su tramitación, siendo los efectos de la falta de resolución en prazo ESTIMATORIOS.

DATOS RELATIVOS Á NOTIFICACIÓN *(Marque cunha cruz as opcións elixidas)*

Para os efectos da notificación, o/a interesado/a sinala como **medio preferente**:

Servicio Postal

Outros (indíquese)

e como segundo lugar da notificación *(cúbrase soamente no caso de que desexe que se lle notifique nun lugar distinto ao sinalado no apartado "datos do/a titular")*:

Domicilio particular

Domicilio laboral

Outro domicilio

Domicilio da notificación (avda., rúa ou praza)

Localidade

Código postal

Provincia

País

Teléfono

LUGAR E DATA

SINATURA DO/A SOLICITANTE, ou do/da seu/súa representante debidamente acreditado/a (Art. 5 da Lei 39/2015, de 1 de outubro).

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSOAL: De acordo co artigo 13 do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello de 27 de abril de 2016 (Regulamento Xeral de Protección de Datos Persoais), e o artigo 11 da Ley Organica 3/2018, de 5 de decembro, de protección de datos e garantía dos dereitos dixitais, infórmase que os datos persoais facilitados serán tratados por MUFACE coa finalidade de xestionar as prestacións sanitarias no Réximen do Mutualismo Administrativo.

Este tratamento é necesario para o cumprimento da obrigaón legal establecida nos artigos 4 e 12 do Texto Refundido da Ley sobre Seguridade Social dos Funcionarios Civiles do Estado (aprobado por Real Decreto Lexislativo 4/2000, de 23 de xuño). Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante a Directora do Departamento de Prestacións Sanitarias de MUFACE.

Máis información na apartado "[Privacidade e protección de datos](#)" da páxina web de Muface.

Delegado de Protección de Datos da Mutualidade: https://www.muface.es/muface_Home/ql/muface/proteccion-de-datos/contacte-delegado-de-proteccion-de-datos.html

MUTUALIDADE XERAL DE FUNCIONARIOS CIVÍS DO ESTADO