

EXPEDIENTE DE REINTEGRO POR ASISTENCIA
SANITARIA NO EXTERIOR

SERVIZO PROVINCIAL

REXISTRO DE PRESENTACIÓN

OFICINA DELEGADA

CÓDIGO DO EXPEDIENTE

REXISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUDE

Número de afiliación		Entidade médica		DATOS DO TITULAR		DNI/NIE/Pasaporte	
Primeiro apelido		Segundo apelido		Nome		Teléfono: Fixo Móbil	
Domicilio		Código postal e localidade		Provincia		País	
Se desexa recibir información, indique o seu enderezo electrónico							
DATOS DO BENEFICIARIO DA PRESTACIÓN							
Nome e apelidos (se fose o propio titular, indíquese "o mesmo")				DNI/NIE/Pasaporte		Relación co titular	
DATOS PARA INFORMACIÓN SOBRE A NOTIFICACIÓN							
Cumplimentar se desexa que a notificación se practique en lugar distinto do seu domicilio:							
Rúa e nº:							
Código Postal e localidade:		Provincia:		País:			

TIPO/DURACIÓN DO DESPRAZAMENTO	
Marque con X a cuadrícula correspondente en función de se o desprazamento é por motivos privados ou profesionais (no suposto de beneficiarios que acompañen ao titular debe marcarse o tipo de desprazamento deste último). En casos de desprazamentos temporais por razóns privadas a asistencia sanitaria cuberta é a de carácter urxente e non demorable e a cobertura temporal máxima é de dous meses dende o inicio do desprazamento	
PRIVADO	PROFESIONAL (comisión de servizos, licencia estudos, outros...)
PERIODO DE DESPLAZAMIENTO: DENDE (dd/mm/aaaa)	ATA (dd/mm/aaaa)

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACHEGAR	
Sempre o sinalado con e, no caso que proceda, o sinalado con ☐ marcándoo cunha X. Ademais, para cada suposto de asistencia sanitaria, os dous que se indican, marcándoos con X. No caso de mutualistas nas situacións dos apartados b) ou j) do artigo 87.1 da Lei do Estatuto Básico do Empregado Público (Real Decreto Legislativo 5/2015 de 30 de outubro), é preciso presentar documentación que xustifique a non cobertura da asistencia recibida.	
Declaración asinada polo/a titular facendo constar as razóns e a duración do desprazamento ao exterior e describirá brevemente os feitos, acompañara da documentación acreditativa do seu contido, como pode ser a relativa o inizo do desplazamento. Tradución ao castelán, ou se é o caso á lingua cooficial da Comunidade Autónoma, dos documentos necesarios en cada suposto. En desprazamento por motivo profesional debe acompañarse copia do documento acreditativo expedido polo organismo competente. Se dispón dalgún seguro ou outro tipo de cobertura deberá acreditarse a extensión e cobertura deste, así como os importes que estean cubertos	
ASISTENCIA MÉDICO-HOSPITALARIA	Informe clínico con detalle do diagnóstico e de la asistencia prestada. Factura del Centro Sanitario.
ASISTENCIA MÉDICO-AMBULATORIA	Informe del facultativo co diagnóstico. Factura do médico.
MEDICAMENTOS E DEMÁIS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS DISPENSADOS EN RÉXIMEN AMBULATORIO	Receta o prescripción. Factura da Farmacia na que conste o produto dispensado e o prezo aboado.

UTILIZACIÓN DA TARxETA SANITARIA EUROPEA

Se para recibir a asistencia sanitaria que deu lugar aos gastos dos que se solicita o reintegro, utilizouse a TSE/CP cubriranse os seguintes datos, segundo proceda: :

País de estancia

Solicítase o reintegro dos gastos por copago.

Solicítase o reintegro da totalidade do custo da asistencia por non ter solicitado o reembolso dos gastos no país de estancia.

Neste caso, se algunha prestación ou servizo non estivese cuberta conforme á normativa de MUFACE :

Solicítase que, en aplicación do artigo 25.5, segundo parágrafo, do Regulamento CE 987/2009, MUFACE recabe información sobre a porcentaxe ou importe que a institución do lugar de estancia reembosaría, de telo solicitado .

IMPORTE DOS GASTOS DOS QUE SE SOLICITA O REINTEGRO

O importe debe consignarse na moeda na que se realizou o pagamento. O reintegro efectuarase en euros, ao tipo de cambio vixente na data do pagamento das facturas.

Importe

Moeda

- Asistencia Médico-hospitalaria
- Asistencia Médico-ambulatoria
- Medicamentos y demais produtos farmacéuticos

DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRASFERENCIA

CÓDIGO IBAN				ENTIDADE				SUCURSAL				D.C.I		Nº CONTA											

Declaro expresamente:

- a) Que os datos indicados nesta solicitude son certos.
- b) Que (marque o que proceda)

Non dispoño de ningún tipo de seguro ou cobertura para os gastos solicitados.

Si dispoño de seguro ou cobertura para os gastos solicitados e para tal efecto acompaño a documentación correspondente

LUGAR E DATA

SIGNATURA DO SOLICITANTE, ou do su representante debidamente acreditado
(Art. 5 de la Lei 39/2015, de 1 de octubre)

COMUNICACIÓN INFORMATIVA: De conformidade co establecido no artigo 21.4 da Lei 39/2015 do 1 de outubro (LPAC), infórmase que o prazo máximo normativamente establecido para a resolución e notificación da solicitude é de DOUS MESES dende a data en que tivo entrada no rexistro do órgano competente para a súa tramitación, sendo os efectos da falta de resolución en prazo ESTIMATORIOS. .

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 obrigaación 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: [Delegado de Protección de Datos](#).

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO



REXISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

DATOS DO BENEFICIARIO DA PRESTACIÓN

DATOS PARA INFORMACIÓN SOBRE LA NOTIFICACIÓN

Cumplimentar se desexa que a notificación se practique en lugar distinto do seu domicilio:

TIPO/DURACIÓN DO DESPRAZAMENTO

Marque con X a cuadrícula correspondente en función de se o desprazamento é por motivos privados ou profesionais (no suposto de beneficiarios que acompañen ao titular debe marcarse o tipo de desprazamento deste último).
En casos de desprazamentos temporais por razóns privadas a asistencia sanitaria cuberta é a de carácter urxente e non demorable e a cobertura temporal máxima é de dous meses dende o inicio do desprazamento

PRIVADO

PROFESIONAL (comisión de servicios, licencia estudios, outros...)

PERIODO DE DESPLAZAMIENTO: DENDE (dd/mm/aaaa)

ATA (dd/mm/aaaa)

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACHEGAR

Sempre o sinalado con e, no caso que proceda, o sinalado con ☐ marcándoo cunha X. Ademais, para cada suposto de asistencia sanitaria, os dous que se indican, marcándoo con X.

No caso de mutualistas nas situacións dos apartados b) ou j) do artigo 87.1 da Lei do Estatuto Básico do Empregado Público (Real Decreto Legislativo 5/2015 de 30 de outubro), é preciso presentar documentación que xustifique a non cobertura da asistencia recibida.

Declaración asinada polo/a titular facendo constar as razóns e a duración do desprazamento ao exterior e describirá brevemente os feitos, acompañara da documentación acreditativa do seu contido, como pode ser a relativa o inizo do desprazamento.

Treduccion ao castelán, ou se é o caso á lingua cooficial da Comunidade Autónoma, dos documentos necesarios en cada suposto.

En desprazamento por motivo profesional debe acompañarse copia do documento acreditativo expedido polo organismo competente.

Se dispón dalgun seguro ou outro tipo de cobertura deberá acreditarse a extensión e cobertura deste, así como os importes que estean cubertos

ASISTENCIA MÉDICO-HOSPITALARIA

Informe clínico con detalle do diagnóstico e de la asistencia prestada.

Factura del Centro Sanitario.

ASISTENCIA MÉDICO-AMBULATORIA

Informe del facultativo co diagnóstico.

Factura do médico.

MEDICAMENTOS E DEMÁIS PRODUCTOS
FARMACÉUTICOS DISPENSADOS EN RÉXIMEN
AMBULATORIO

Receita o prescripción.

Factura da Farmacia na que conste o produto dispensado e o prezo aboado.

UTILIZACIÓN DA TARxETA SANITARIA EUROPEA

Se para recibir a asistencia sanitaria que deu lugar aos gastos dos que se solicita o reintegro, utilizouse a TSE/CP cubriranse os seguintes datos, segundo proceda: :

País de estancia

Solicítase o reintegro dos gastos por copago.

Solicítase o reintegro da totalidade do custo da asistencia por non ter solicitado o reembolso dos gastos no país de estancia.

Neste caso, se algunha prestación ou servizo non estivese cuberta conforme á normativa de MUFACE :

Solicítase que, en aplicación do artigo 25.5, segundo parágrafo, do Regulamento CE 987/2009, MUFACE recabe información sobre a porcentaxe ou importe que a institución do lugar de estancia reembosaría, de telo solicitado .

IMPORTE DOS GASTOS DOS QUE SE SOLICITA O REINTEGRO

O importe debe consignarse na moeda na que se realizou o pagamento. O reintegro efectuarase en euros, ao tipo de cambio vixente na data do pagamento das facturas.

Importe

Moeda

- Asistencia Médico-hospitalaria
- Asistencia Médico-ambulatoria
- Medicamentos y demais produtos farmacéuticos

DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRASFERENCIA

CÓDIGO IBAN				ENTIDADE				SUCURSAL				D.C.I		Nº CONTA											

Declaro expresamente:

c) Que os datos indicados nesta solicitude son certos.

d) Que (marque o que proceda)

Non dispoño de ningún tipo de seguro ou cobertura para os gastos solicitados.

Si dispoño de seguro ou cobertura para os gastos solicitados e para tal efecto acompaño a documentación correspondente

LUGAR E DATA

SIGNATURA DO SOLICITANTE, ou do su representante debidamente acreditado
(Art. 5 de la Lei 39/2015, de 1 de octubre)

COMUNICACIÓN INFORMATIVA: De conformidade co establecido no artigo 21.4 da Lei 39/12015 do 1 de outubro (LPAC), infórmase que o prazo máximo normativamente establecido para a resolución e notificación da solicitude é de DOUS MESES dende a data en que tivo entrada no rexistro do órgano competente para a súa tramitación, sendo os efectos da falta de resolución en prazo ESTIMATORIOS. .

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 obrigaación 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: [Delegado de Protección de Datos](#).

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO