

DESPLAZAMIENTOS TEMPORALES AL EXTRANJERO

Guía para mutualistas

ÍNDICE:

1) DESPLAZAMIENTOS TEMPORALES AL EXTRANJERO

2) TARJETA SANITARIA EUROPEA Y CERTIFICADO PROVISIONAL SUSTITUTORIO

3) ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA

NIPO: 279190152

1) DESPLAZAMIENTOS TEMPORALES AL EXTRANJERO

SISTEMA GENERAL

Los mutualistas y personas beneficiarias que precisen asistencia sanitaria con ocasión de un desplazamiento temporal al extranjero tendrán derecho al reintegro de los gastos ocasionados por dicha asistencia, cuando esta haya tenido su causa en un accidente, enfermedad, embarazo o parto surgidos o agravados imprevisiblemente durante su estancia en el exterior.

Se entiende por desplazamiento temporal al extranjero aquel que, estando relacionado con la Función Pública, **no sea superior a seis meses**, o que, siendo por motivos privados, **no supere los dos meses.**

Quedan excluidas de cobertura las siguientes situaciones, según la Resolución de 26 de junio de 2014, de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se regula la asistencia sanitaria fuera del territorio nacional:

- ✓ Que la asistencia recibida o los gastos reclamados estén incluidos en algún tipo de cobertura sanitaria en el exterior, a cargo de un ente público o privado, nacional o extranjero.
- ✓ Que, de la apreciación de la patología de que se trate y demás circunstancias de todo orden concurrentes, se constate un propósito intencionado del mutualista o beneficiario para eludir los servicios sanitarios que le correspondan, utilizando el desplazamiento para usar medios ajenos a estos.
- ✓ Que la asistencia se haya recibido una vez transcurrido el periodo de tiempo máximo de cobertura fijado en el epígrafe 3.1 de la citada Resolución para cada supuesto de desplazamiento:

    - Desplazamientos del o la mutualista por motivos profesionales relacionados con la Función Pública y de los beneficiarios que se trasladen con él, que tendrán derecho a la cobertura de la asistencia sanitaria que precisen en el país de desplazamiento durante todo el periodo de tiempo que dure su estancia profesional en el mismo.
    - Desplazamientos al extranjero por motivos privados del mutualista y de sus personas beneficiarias con una **duración máxima de dos meses**. Estos tendrán derecho, durante un

periodo máximo de dos meses desde el inicio del desplazamiento, a la cobertura de la asistencia sanitaria de carácter urgente o no demorable.

A solicitud de los mutualistas, MUFACE facilita el certificado que acredita la cobertura de asistencia sanitaria a la que en cada tipo de desplazamiento, duración incluida, se tiene derecho.

El contenido de las prestaciones cubiertas será equivalente a la asistencia sanitaria prestada dentro del territorio nacional, **de acuerdo con la cartera común de servicios del SNS y la cartera complementaria** establecida en las disposiciones específicas aplicables en este régimen especial:

- ✓ El coste total de la asistencia médica, hospitalizaciones quirúrgicas y no quirúrgicas, incluidas las prótesis quirúrgicas fijas y los medicamentos y demás productos farmacéuticos aplicados en régimen hospitalario, así como cualquier otro servicio de estancia y tratamiento en centro sanitario con un contenido equivalente al que se prestaría en España.
- ✓ El coste de los medicamentos y demás productos farmacéuticos dispensados en régimen ambulatorio con el mismo régimen de aportación aplicable en el territorio nacional.
- ✓ El coste total o la ayuda económica que corresponda en los casos de prestaciones complementarias, según la Orden APU/2245/2005, de 30 de junio.

Los mutualistas en situación administrativa de servicios especiales que realizan misiones por plazo superior a seis meses o los que adquieren la condición de funcionarios al servicio de Organizaciones Internacionales, así como sus beneficiarios, dispondrán también de cobertura de MUFACE, además de la que tengan a través del Organismo, si justifican que no tiene la misma intensidad y extensión que la gestionada por esta Mutualidad. Asimismo, en el caso de disponer de cualquier tipo de seguro que cubra la totalidad o parte de los gastos debe aclararse por el titular, siendo subsidiaria la cobertura de la Mutualidad.

- Personas beneficiarias

Los mutualistas en alta o situación asimilada y sus beneficiarios independientemente de su adscripción a una Entidad pública o privada.

- Plazo de presentación

El derecho al reconocimiento de estas prestaciones prescribirá a los **cinco años**, a partir de la fecha del hecho causante. La prescripción se interrumpirá, además de por la reclamación ante la Mutualidad General, por las causas ordinarias establecidas en el artículo 1973 del Código Civil.

- Lugar de presentación

  - Presencialmente con cita previa o por correo postal en las Direcciones Provinciales u Oficinas Delegadas de MUFACE, y también en los registros del artículo 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.
  - Adicionalmente, a través del Registro Electrónico Común (REC) , con certificado digital o DNI-E.

Documentación

En todos los casos:

- Declaración firmada por el titular, haciendo constar las razones y duración del desplazamiento al exterior y describiendo brevemente los hechos.

- En desplazamientos por motivo profesional debe acompañarse copia del documento que acredite el mismo.
- Traducción al castellano, o en su caso la lengua cooficial de la Comunidad Autónoma de todos los documentos expedidos en lengua extranjera (artículo 15 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).
- Si se dispone de algún tipo de seguro, documentación acreditativa de la extensión y contenido de su cobertura.

Para cada supuesto, la documentación a aportar es la que se indica en el Modelo de solicitud correspondiente.

Si el reintegro se refiere a implantación o renovación de prestaciones complementarias (material ortoprotésico, dentarias, oculares y otras prestaciones) el modelo de solicitud a utilizar es el de Expediente de Prestación Complementaria, adjuntando los documentos, en su caso traducidos, que en el mismo se indican.

2) TARJETA SANITARIA EUROPEA Y CERTIFICADO PROVISIONAL SUSTITUTORIO

La Tarjeta Sanitaria Europea (TSE) es el documento que acredita el derecho a recibir las prestaciones sanitarias que resulten necesarias, desde un punto de vista médico, en el territorio de otro Estado Miembro de la Unión Europea, es decir: Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal,, República Checa, Rumanía y Suecia) así como en Islandia, Liechtenstein, Noruega, Reino Unido (no incluye Gibraltar) y Suiza.

Permite acceder a los servicios públicos de salud de estos Estados durante las estancias temporales **por motivos laborales, estudios u ocio, pero no en los casos en los que el desplazamiento tiene como finalidad recibir tratamiento médico.**

La TSE y su Certificado Provisional Sustitutorio (CPS) tienen la misma validez jurídica para acceder a la asistencia sanitaria pública en las mismas condiciones y con la misma extensión que los ciudadanos del país que esté visitando. El facultativo o institución sanitaria en el país en que se produzca la asistencia podrá requerir, además de la TSE/CPS, la presentación de un documento que acredite la personalidad de su titular (DNI o pasaporte).

Esta tarjeta es personal e intransferible, de forma que en aquellos desplazamientos del titular del derecho junto con sus beneficiarios, o por separado, se extenderá una tarjeta por cada uno de los miembros.

- Ámbito de la asistencia recibida

Cada Sistema Nacional de Salud es diferente y puede no incluir todas las prestaciones que facilita el Sistema Nacional de Salud en España e incluso algunas de estas prestaciones pueden tener un coste para el usuario que tendrá que abonar directamente.

Algunos países establecen el anticipo del importe de la asistencia (sistemas de reembolso) o abono parcial de ésta (sistema de copago); por ello, el titular, deberá informarse antes del viaje de las condiciones en las que se presta la asistencia sanitaria pública en el país de destino, dado que se le aplicarán las mismas reglas que a sus ciudadanos.

En el caso de que el interesado haya recibido asistencia en un Estado con régimen de reembolso o copago, puede solicitar que MUFACE le reintegre

las cantidades satisfechas conforme a la normativa propia de la Mutualidad.

- Plazo de validez de la TSE y de su CPS

La TSE tendrá una vigencia de dos años, tanto para los mutualistas como para los beneficiarios.

El CPS se emitirá, por regla general, por un periodo inferior o igual a 30 días. El expedido por internet será válido por 30 días. Para obtener un CPS con un período de validez superior (máximo 6 meses), se debe solicitar personalmente en los Servicios Provinciales y Oficinas Delegadas. Para ello será imprescindible justificar, aportando la documentación correspondiente, las razones por las que se va a superar ese período y no se puede solicitar la TSE.

El período de validez consta en la propia TSE/CPS. Es aconsejable comprobar que abarca la fecha prevista de regreso, si no es así, es conveniente solicitar una nueva tarjeta para asegurar la cobertura durante toda la estancia. Finalizado ese periodo se podrá solicitar una nueva.

La utilización de la TSE/CPS durante su período de validez se encuentra condicionada, además, a que su titular, es decir, el mutualista o sus beneficiarios, mantenga dicha condición durante su vigencia. Su uso indebido supondrá que el titular tenga que hacerse cargo del coste de la asistencia y MUFACE podrá reclamarle las prestaciones indebidamente percibidas de acuerdo con lo previsto en la disposición adicional décima 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.

Cómo solicitar la TSE o su CPS

Los mutualistas pueden solicitarlos en:

✓ A través de tramitación electrónica: se podrá obtener por dos medios:

- Entrando en la Sede electrónica de Muface a través de la plataforma CL@ve, con identificación Cl@ve, un Certificado Digital, o DNI electrónico. https://sede.muface.gob.es/
- Utilizando la Aplicación para dispositivos móviles de Muface, App Móvil, para cuyo uso debe descargarse la aplicación y registrarse, según se explica en el apartado de la web de Muface

Atención al Mutualista/AppMóvil

- ✓ Por cualquiera de los medios indicados en el artículo 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Se podrá solicitar la TSE (no el CPS) a través de correo ordinario dirigido preferentemente al Servicio Provincial u Oficina Delegada de adscripción del mutualista. La solicitud de este tipo deberá ir firmada por el solicitante. La TSE se enviará exclusivamente al domicilio del mutualista que figura en la base de datos del Organismo. La TSE se recibirá en el domicilio indicado por el solicitante en un plazo de 10 días.

El CPS se obtendrá de forma inmediata, y deberá imprimirse si se solicita a través de la sede electrónica de MUFACE o entregándose en mano en el mismo acto al solicitante en las oficinas.

En las tres vías anteriores el mutualista puede solicitar su TSE/CPS y/o la de sus personas beneficiarias. Si ya dispone de la suya, puede solicitar de forma independiente la de sus beneficiarios y beneficiarias. Igualmente, el o la mutualista puede autorizar a alguno de sus beneficiarios mayores de edad o a un tercero, mayor de edad, que realice la solicitud en su nombre. En tal caso, MUFACE exigirá la presentación de la autorización escrita para realizar la solicitud, que incluirá el nombre y número de afiliación del mutualista y el nombre y DNI de la persona autorizada.

Para ampliar información podrá consultar:

- ✓ Oficinas de MUFACE
- ✓ Página web MUFACE
- ✓ http://ec.europa.eu/social

3) ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA

La asistencia sanitaria transfronteriza es aquella que se recibe **cuando el beneficiario decide acudir a servicios sanitarios ubicados en otro Estado miembro de la Unión Europea. Por tanto, no incluye los supuestos de estancia temporal en que, por razones médicas sobrevenidas, el beneficiario haya recibido asistencia sanitaria cuya cobertura se proporciona a través de los mecanismos de**

coordinación con las instituciones del resto de estados miembros.

Más información

La asistencia sanitaria transfronteriza a cargo de la Entidad comprende las prestaciones sanitarias que conforman la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y cuya cobertura corresponde a la Entidad, de acuerdo con lo establecido en el CASE.

En el caso de los tratamientos incluidos en el Anexo 3 del Concierto será necesario haber obtenido autorización previa. La solicitud de autorización se presentará ante la Entidad que, en un plazo máximo de siete días hábiles, deberá autorizar la prestación solicitada o, si no procede, deberá indicar el motivo y, en su caso, los medios asignados para facilitarla en territorio nacional, en los términos estipulados en el Concierto.

La modalidad de cobertura será a través del reembolso de gastos mediante la aplicación de las tarifas incluidas en el Anexo 6, sin exceder del coste real de la asistencia efectivamente prestada, y con los límites, términos, condiciones y requisitos que se especifican en mismo.

Solicitud de reembolso

- La solicitud de reembolso se presentará por el interesado a la Entidad, en un plazo máximo de tres meses a partir de la fecha de pago de la asistencia recibida, acompañada de la factura original, en la que figuren de forma detallada los diversos conceptos asistenciales realizados, y de la acreditación de su abono, así como copia de la prescripción médica o informe clínico en que figure la asistencia sanitaria prestada, con indicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos principales y secundarios realizados.

- Recibida la solicitud y demás documentación, una vez realizadas las comprobaciones necesarias, incluida si fuera necesaria la subsanación por defecto de la solicitud o falta de la documentación, la Entidad procederá al reembolso de los gastos al interesado de acuerdo con las tarifas del Anexo 6, en el plazo máximo de un mes.

- En ese mismo plazo, si la Entidad considera que no procede el reembolso, en todo o en parte, lo comunicará al interesado/a por escrito o por cualquier otro medio que permita dejar constancia, con indicación del motivo de denegación y del derecho a reclamar ante la Mutualidad. Asimismo, la Entidad deberá remitir al Departamento de

Prestaciones Sanitarias de MUFACE el expediente completo con un informe justificativo.

- El interesado/a podrá formular la correspondiente reclamación ante MUFACE en caso de que la Entidad no proceda en el plazo previsto en el punto anterior al reembolso de los gastos o se lo deniegue, así como en caso de disconformidad con la aplicación de las tarifas. Dicha reclamación será resuelta por la Dirección General de MUFACE en el plazo máximo de tres meses.

****

FECHA DE ACTUALIZACIÓN Mayo de 2025