



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	NIF/ Pasaporte/D.Identificación (UE)	DATOS DEL TITULAR		Entidad médica
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Teléfono	
Domicilio	Código postal y localidad	Provincia	País	
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN				
Nombre y apellidos (si fuese el propio titular, indíquese "el mismo")		NIF/Pasaporte/D.Identificación(UE)	Relación con el titular	

A) DESPLAZAMIENTO AL EXTRANJERO SIN RÉGIMEN ESPECIAL DE COBERTURA

Corresponde este epígrafe a todos los mutualistas, titulares y demás beneficiarios acogidos al régimen ordinario de asistencia sanitaria a través del INSS o de las Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria nacionales.

TIPO DE DESPLAZAMIENTO	TIPO DE GASTO REALIZADO		DOCUMENTOS NECESARIOS
Como el régimen ordinario de asistencia sanitaria a través de las Entidades concertadas no alcanza a la que se precise en el extranjero, MUFACE reintegra los gastos abonados por dicho motivo, siempre que se trate de un desplazamiento temporal y que no haya existido un propósito intencionado de eludir los medios concertados por MUFACE, utilizando el desplazamiento precisamente para usar medios ajenos a los que correspondan de acuerdo con la normativa vigente. En cualquier caso, marque con "X" la cuadrícula correspondiente (en el supuesto de beneficiarios que acompañen al titular debe marcarse el tipo de desplazamiento de este último).	El reintegro que procede es el de la totalidad de los gastos abonados por causa de enfermedad, accidente, embarazo o parto, con la limitación que se señala para los medicamentos y demás productos farmacéuticos dispensados en régimen ambulatorio. Si se han realizado gastos de prótesis que no sean quirúrgicas fijas, ha de formularse solicitud separada para obtener la prestación correspondiente, con la limitación de que estas prestaciones, como se sabe, están sometidas a régimen de ayuda económica. Las limitaciones sobre las cuantías económicas señaladas en ambos párrafos desaparecen en el caso de accidente de servicio o enfermedad profesional, a cuyo fin debe marcar con "X" la cuadrícula oportuna si se ha reconocido esta circunstancia a través del preceptivo expediente. Y marque también con "X" la o las cuadrículas que correspondan a los gastos realizados.		Siempre el señalado con ☒ ; además, para cada supuesto, los dos que se indican, marcándolos con "X". Si se trata de mutualistas en las situaciones de los apartados a) o b) del artículo 29.2 de la Ley 30/1984, es preciso presentar documentación que justifique la no cobertura de la asistencia recibida. Por ello los mutualistas en estas situaciones deben consultar previamente a MUFACE.
	ORIGEN DE LA ASISTENCIA	ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN ☐ ACCIDENTE DE SERVICIO O ENFERMEDAD PROFESIONAL ☐	☒ Declaración suscrita por el titular, haciendo constar las razones y duración del desplazamiento al exterior y describiendo brevemente los hechos. En desplazamientos no turísticos, deberá acompañar fotocopia del o de los documentos que puedan acreditar el contenido de la declaración. ☒ Traducción al castellano, o en su caso a la lengua cooficial de la Comunidad Autónoma, de los documentos necesarios en cada supuesto
☐ TURÍSTICO	☐ ASISTENCIA MÉDICO-HOSPITALARIA (incluye estancia, utilización de cualquier medio hospitalario, medicamentos y demás productos farmacéuticos aplicados en el internamiento y honorarios de los facultativos).		☐ Informe clínico con detalle del diagnóstico y de la asistencia prestada.
☐ EN COMISIÓN DE SERVICIO	☐ ASISTENCIA MÉDICO-AMBULATORIA.		☐ Factura del Centro Sanitario.
☐ CON LICENCIA PARA ESTUDIOS RELACIONADOS DIRECTAMENTE CON LA FUNCIÓN PÚBLICA	☐ MEDICAMENTOS Y DEMÁS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS DISPENSADOS, EN RÉGIMEN AMBULATORIO (el reintegro no incluye la cantidad que debe aportar el titular – 30% - salvo supuestos especiales).		☐ Informe del facultativo, con el diagnóstico.
☐ PARA APRENDIZAJE DE IDIOMAS			☐ Factura del médico.
☐ PARA CURSAR ESTUDIOS ORDINARIOS			☐ Receta.
☐ POR OTRO MOTIVO			☐ Factura de la Farmacia en la que conste el producto dispensado y el precio abonado.

EjemP LAR PARA MUFACE

B) ESTANCIA EN EL EXTRANJERO CON RÉGIMEN ESPECIAL DE COBERTURA

Corresponde este epígrafe a los mutualistas, titulares y demás beneficiarios acogidos al régimen especial de cobertura de la asistencia sanitaria concertado por MUFACE para los mutualistas con destino en el extranjero o asimilados.

Normalmente, el reintegro del coste de la asistencia sanitaria que hayan recibido los titulares y sus beneficiarios es realizado directamente al titular por la Entidad concertada; pero como estos reintegros tienen, en determinadas condiciones, un límite máximo, es posible que excepcionalmente existan gastos que no puedan ser reintegrados por la Entidad, en cuyo caso los reintegra MUFACE, si se encuentra entre los enumerados en el epígrafe A) dentro del apartado "TIPO DE GASTO REALIZADO".

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

Siempre los que se indican, marcándolos con "X".

- ☐ Informe clínico, recetas, en su caso, y facturas, traducidos al castellano o, en su caso, a la lengua cooficial de la Comunidad Autónoma (art. 36 LRJAP-PAC).
- ☐ Documentos acreditativos de haberse cubierto el reintegro máximo a cargo de la Entidad concertada.

IMPORTE DE LOS GASTOS CUYO REINTEGRO SE SOLICITA

Este dato, aplicando las reglas indicadas en el correspondiente epígrafe, ha de 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 efectivo de las facturas.

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

DATOS PARA EL PAGO POR TRASFERENCIA

Entidad bancaria Sucursal D .C . Número de cuenta / libreta

DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (Rellene con ☒ la opción elegida)

A los efectos de la notificación, el interesado señala como **medio preferente**:

- ☐ N.º de fax ☐ Servicio postal ☐ Otros (indíquese)

y como segundo lugar de notificación (cumplimentese sólo en el caso de que desee que se practique en lugar distinto al señalado en el apartado "datos del titular"):

- ☐ Domicilio particular ☐ Domicilio laboral ☐ Otro domicilio

Domicilio de la notificación (Avda., calle o plaza)

Localidad

Código postal

Provincia

País

Teléfono número

Declaro expresamente:

- a) Que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.
- b) Que no he formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos de ningún otro servicio de MUFACE ni de ningún otro Régimen público de Seguridad Social.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado
(Art. 32 de la LRJAP-PAC)

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: A los efectos señalados en el art. 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, se advierte de la existencia, bajo la responsabilidad de la Dirección General de MUFACE, de los ficheros automatizados de datos de prestaciones y del colectivo, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de los mismos. Asimismo se informa de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de dichos datos.

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

DILIGENCIA

Sólo se cumplimentará si la solicitud, en su tratamiento informático, es rechazada por faltar en el titular o, en su caso, en el beneficiario las condiciones de afiliación precisas para causar la prestación.

Se han comprobado los datos del titular y, en su caso, del beneficiario de la presente solicitud y en la fecha del hecho causante,

- ☐ reunía/n las condiciones de afiliación precisas para la prestación.
☐ no reunía/n las condiciones de afiliación precisas para la prestación, por

, a de de
EL /LA JEFE/A DE COLECTIVOS,

INFORME DEL ASESOR/A MÉDICO/A DEL SERVICIO PROVINCIAL

Siempre debe emitirse en estos expedientes (Instrucción AM 10/1989, de 11 de diciembre, epígrafe 4.5) .

Vista la presente solicitud y la documentación aportada, se emite informe

- ☐ FAVORABLE
☐ DESFAVORABLE, por

, a de de
EL /LA ASESOR/A MÉDICO/A,

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

Se propone la siguiente resolución:

Vista la presente solicitud, los informes emitidos y los antecedentes oportunos, así como la normativa aplicable, se acuerda:

☐ SU APROBACIÓN, por reunir los requisitos exigibles, concediendo la cantidad de

En cifra	En letra
EUROS	EUROS

en concepto de reintegro de gastos de asistencia sanitaria en el exterior, cuyo pago puede realizarse sin más trámites.

☐ SU DENEGACIÓN, por

, a de de
EL / LA JEFE/A DE PRESTACIONES,

CONFORME
Notifíquese y, en su caso, dispóngase el pago sin más trámites

, a de de
POR DELEGACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE MUFACE,
EL / LA



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	NIF/ Pasaporte/D.Identificación (UE)	DATOS DEL TITULAR		Entidad médica
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Teléfono	
Domicilio	Código postal y localidad	Provincia	País	
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN				
Nombre y apellidos (si fuese el propio titular, indíquese "el mismo")		NIF/Pasaporte/D.Identificación(UE)	Relación con el titular	

A) DESPLAZAMIENTO AL EXTRANJERO SIN RÉGIMEN ESPECIAL DE COBERTURA

Corresponde este epígrafe a todos los mutualistas, titulares y demás beneficiarios acogidos al régimen ordinario de asistencia sanitaria a través del INSS o de las Entidades de Seguro de Asistencia Sanitaria nacionales.

TIPO DE DESPLAZAMIENTO	TIPO DE GASTO REALIZADO		DOCUMENTOS NECESARIOS
Como el régimen ordinario de asistencia sanitaria a través de las Entidades concertadas no alcanza a la que se precise en el extranjero, MUFACE reintegra los gastos abonados por dicho motivo, siempre que se trate de un desplazamiento temporal y que no haya existido un propósito intencionado de eludir los medios concertados por MUFACE, utilizando el desplazamiento precisamente para usar medios ajenos a los que correspondan de acuerdo con la normativa vigente. En cualquier caso, marque con "X" la cuadrícula correspondiente (en el supuesto de beneficiarios que acompañen al titular debe marcarse el tipo de desplazamiento de este último).	El reintegro que procede es el de la totalidad de los gastos abonados por causa de enfermedad, accidente, embarazo o parto, con la limitación que se señala para los medicamentos y demás productos farmacéuticos dispensados en régimen ambulatorio. Si se han realizado gastos de prótesis que no sean quirúrgicas fijas, ha de formularse solicitud separada para obtener la prestación correspondiente, con la limitación de que estas prestaciones, como se sabe, están sometidas a régimen de ayuda económica. Las limitaciones sobre las cuantías económicas señaladas en ambos párrafos desaparecen en el caso de accidente de servicio o enfermedad profesional, a cuyo fin debe marcar con "X" la cuadrícula oportuna si se ha reconocido esta circunstancia a través del preceptivo expediente. Y marque también con "X" la o las cuadrículas que correspondan a los gastos realizados.		Siempre el señalado con ☒ ; además, para cada supuesto, los dos que se indican, marcándolos con "X". Si se trata de mutualistas en las situaciones de los apartados a) o b) del artículo 29.2 de la Ley 30/1984, es preciso presentar documentación que justifique la no cobertura de la asistencia recibida. Por ello los mutualistas en estas situaciones deben consultar previamente a MUFACE.
☐ TURÍSTICO ☐ EN COMISIÓN DE SERVICIO ☐ CON LICENCIA PARA ESTUDIOS RELACIONADOS DIRECTAMENTE CON LA FUNCIÓN PÚBLICA ☐ PARA APRENDIZAJE DE IDIOMAS ☐ PARA CURSAR ESTUDIOS ORDINARIOS ☐ POR OTRO MOTIVO	ORIGEN DE LA ASISTENCIA ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN ☐ ACCIDENTE DE SERVICIO O ENFERMEDAD PROFESIONAL ☐	☒ Declaración suscrita por el titular, haciendo constar las razones y duración del desplazamiento al exterior y describiendo brevemente los hechos. En desplazamientos no turísticos, deberá acompañar fotocopia del o de los documentos que puedan acreditar el contenido de la declaración. ☒ Traducción al castellano, o en su caso a la lengua cooficial de la Comunidad Autónoma, de los documentos necesarios en cada supuesto	
	☐ ASISTENCIA MÉDICO-HOSPITALARIA (incluye estancia, utilización de cualquier medio hospitalario, medicamentos y demás productos farmacéuticos aplicados en el internamiento y honorarios de los facultativos).		☐ 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 (el reintegro no incluye la cantidad que debe aportar el titular – 30% - salvo supuestos especiales).		☐ Receta. ☐ Factura de la Farmacia en la que conste el producto dispensado y el precio abonado.

EjemPlar para sellar y devolver al interesado

B) ESTANCIA EN EL EXTRANJERO CON RÉGIMEN ESPECIAL DE COBERTURA

Corresponde este epígrafe a los mutualistas, titulares y demás beneficiarios acogidos al régimen especial de cobertura de la asistencia sanitaria concertado por MUFACE para los mutualistas con destino en el extranjero o asimilados.

Normalmente, el reintegro del coste de la asistencia sanitaria que hayan recibido los titulares y sus beneficiarios es realizado directamente al titular por la Entidad concertada; pero como estos reintegros tienen, en determinadas condiciones, un límite máximo, es posible que excepcionalmente existan gastos que no puedan ser reintegrados por la Entidad, en cuyo caso los reintegra MUFACE, si se encuentra entre los enumerados en el epígrafe A) dentro del apartado "TIPO DE GASTO REALIZADO".

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

Siempre los que se indican, marcándolos con "X".

- ☐ Informe clínico, recetas, en su caso, y facturas, traducidos al castellano o, en su caso, a la lengua cooficial de la Comunidad Autónoma (art. 36 LRJAP-PAC).
- ☐ Documentos acreditativos de haberse cubierto el reintegro máximo a cargo de la Entidad concertada.

IMPORTE DE LOS GASTOS CUYO REINTEGRO SE SOLICITA

Este dato, aplicando las reglas indicadas en el correspondiente epígrafe, ha de 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 efectivo de las facturas.

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

DATOS PARA EL PAGO POR TRASFERENCIA

Entidad bancaria Sucursal D . C . Número de cuenta / libreta

DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (Rellene con ☒ la opción elegida)

A los efectos de la notificación, el interesado señala como **medio preferente**:

- ☐ N.º de fax ☐ Servicio postal ☐ Otros (indíquese)

y como segundo lugar de notificación (cumplímense sólo en el caso de que desee que se practique en lugar distinto al señalado en el apartado "datos del titular"):

- ☐ Domicilio particular ☐ Domicilio laboral ☐ Otro domicilio

Domicilio de la notificación (Avda., calle o plaza)

Localidad

Código postal

Provincia

País

Teléfono número

Declaro expresamente:

- a) Que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.
- b) Que no he formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos de ningún otro servicio de MUFACE ni de ningún otro Régimen público de Seguridad Social.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado
(Art. 32 de la LRJAP-PAC)

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: A los efectos señalados en el art. 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, se advierte de la existencia, bajo responsabilidad de la Dirección General de MUFACE, de los ficheros automatizados de datos de prestaciones y del colectivo, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de los mismos. Asimismo se informa de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de dichos datos.

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO