

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PREVIA
PARA ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA (AST)
(PACIENTES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA)**

Nº EXPEDIENTE⁽¹⁾

⁽¹⁾ El plazo máximo para la notificación de la resolución de la concesión o, en su caso, denegación de la autorización será de 45 días, a partir de la fecha de recepción de la solicitud; transcurrido dicho plazo sin que hubiera recaído resolución expresa, se podrá entender estimada la solicitud de autorización previa para asistencia sanitaria transfronteriza (en adelante AST) por silencio administrativo. Para la aprobación de la solicitud, el paciente deberá cumplir las condiciones establecidas en el artículo 20 del Reglamento (CE) nº 883/2004 y en el Real Decreto por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza.

DATOS DEL SOLICITANTE		
*D./D^a.:		
*Fecha de nacimiento:	*DNI / NIE / TIE / Pasaporte:	
*Tarjeta sanitaria:	Tarjeta sanitaria europea²:	
*Domicilio / País:	*Localidad:	*Código postal/ZIP:
*Calle:		*Provincia:
Teléfono fijo:		Teléfono móvil:
**E-mail:		
<input type="checkbox"/> Autorizo <input type="checkbox"/> No autorizo³ al órgano instructor para que compruebe de oficio, a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad (SVDI), del Sistema de Verificación de Datos de Residencia (SVDR) o demás medios establecidos en el Decreto 184/2008, de 12 de septiembre, por el que se suprime la obligación para los interesados de presentar la fotocopia de los documentos identificativos oficiales y el certificado de empadronamiento en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Extremadura y de sus organismos públicos vinculados o dependientes (DOE nº 181, de 18 de septiembre de 2008).		

* Campos obligatorios. **Obligatorio en caso de tramitación telemática

⁽²⁾ Si se dispone de la tarjeta sanitaria europea. Es recomendable.

⁽³⁾ En el supuesto de que este apartado no esté cumplimentado, se entenderá afirmativa la autorización.

DATOS DEL PROVEEDOR	
*Centro:	
*Servicio (o Profesional):	
Dirección:	
*País:	*Ciudad:
Teléfono:	Fax:
E-mail:	
*Prestación:	
Coste estimado de la prestación⁴:	

* Campos obligatorios.

⁽⁴⁾ Si se dispone de él.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

- Demora asistencial**
- Motivos familiares**
- Otros motivos** (consignar brevemente):

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA

- *Fotocopia compulsada del documento identificativo (DNI / NIE / TIE / PASAPORTE)⁵**
- *Fotocopia compulsada de la tarjeta sanitaria**
- Fotocopia compulsada de la tarjeta sanitaria europea²**
- *Evaluación clínica individualizada por un médico autorizado que justifique la indicación de AST⁶**
- *Prescripción médica que justifique la dispensación de medicamentos⁶**
- *Declaración jurada de que el solicitante conoce los términos de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo sobre Asistencia Sanitaria Transfronteriza⁷**

* Campos obligatorios.

⁽⁵⁾ Si no se autorizó al órgano instructor a comprobar de oficio los datos de residencia e identidad.

⁽⁶⁾ En base al Real Decreto por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza.

⁽⁷⁾ Especialmente en lo que se refiere al derecho al reembolso, por el sistema obligatorio de seguridad social, de los costes de la asistencia sanitaria dispensada en otro Estado miembro a la que el asegurado tenga derecho conforme a la legislación del Estado español.

PROTECCIÓN DE DATOS: De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Política Social asegura el tratamiento confidencial de los datos de carácter personal contenidos en la presente solicitud y el adecuado uso de los mismos por parte del órgano gestor. Sobre los datos suministrados podrán los interesados ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de datos que consideren oportunos.

SOLICITO:

AUTORIZACIÓN PREVIA para recibir Asistencia Sanitaria Transfronteriza (AST), de acuerdo con lo dispuesto en la DIRECTIVA 2011/24/UE, y el REAL DECRETO 81/2014, de 7 de febrero.

En, a de de

FIRMA

ILMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD

Avenida de las Américas, 2 – 06800 Mérida (Badajoz)