

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS POR ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA (AST)

Nº EXPEDIENTE

CANTIDAD SOLICITADA⁽¹⁾

€.

⁽¹⁾ En base a las tarifas de reembolso aplicables a los pacientes asegurados en la Comunidad Autónoma de Extremadura. La solicitud de reembolso de la asistencia sanitaria transfronteriza (AST) debe presentarse en un plazo máximo de tres meses a partir de la fecha de pago de la asistencia recibida. Y, a su vez, el plazo máximo para la notificación de la resolución del procedimiento de reembolso de la AST será de tres meses, a partir de la fecha de recepción de la solicitud.

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:**

Autorizo

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 Sanitario (Servicio o Profesional):**

Dirección:

***Estado miembro:**

***Ciudad:**

Teléfono:

Fax:

E-mail:

***Prestación (según proveedor):**

Coste (según proveedor)⁴:

Importe Factura:

Prestación (según cartera origen):

Fecha prestación:

Fecha alta:

Breve exposición de motivos:

* Campos obligatorios.

⁽⁴⁾ Si se dispone de él.

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA	
<input type="checkbox"/>	*Copia compulsada del documento identificativo (DNI / NIE / TIE / PASAPORTE)⁵
<input type="checkbox"/>	*Copia compulsada de la tarjeta sanitaria
<input type="checkbox"/>	*Copia compulsada de la prescripción médica o informe clínico correspondiente⁶ (excepto en AP)
<input type="checkbox"/>	*Facturas originales de la AST⁷ y justificante de haber sido abonadas
<input type="checkbox"/>	*Alta de terceros (Descargar documento)
<input type="checkbox"/>	Copia compulsada de la tarjeta sanitaria europea (si se dispone de ella)
<input type="checkbox"/>	Autorización previa de la AST (en caso de haberse concedido)

* Campos obligatorios.

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

⁽⁶⁾ La prescripción médica o el informe clínico deberá incluir inexcusablemente:

- a) Breve resumen de la historia clínica del paciente, en la que se recoja la razón clínica por la que se presta AST.
- b) AST prestada, indicando el diagnóstico principal (con el código CIE-9-MC) y la patología, técnica, tecnología o procedimiento para el que se solicita la AST.
- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos principales y secundarios realizados (indicando el código CIE-9-MC) relacionados con el motivo de la AST.
- d) Revisiones que deben realizarse y plazo estimado para las mismas.
- e) Otros datos que se considere oportuno reseñar.

⁽⁷⁾ En las facturas deberá constar, al menos:

- a) El nombre y residencia del paciente.
- b) El nombre o denominación social y domicilio de la persona física o jurídica que emita las facturas.
- c) Acreditación por parte del centro expedidor que las mismas han sido abonadas.
- d) El nombre del Servicio o Unidad Clínica.
- e) Datos de identificación del profesional responsable de la AST.
- f) Los diversos conceptos asistenciales realizados de forma detallada, el importe de cada uno y la fecha de realización.

ENTIDAD BANCARIA																		
IBAN				Entidad				Oficina			D.C.		Número de cuenta					

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:

REEMBOLSO DE GASTOS por 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)