

**SOLICITUD DE ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA (AST):
(PACIENTES DE LA UNIÓN EUROPEA O ESPACIO ECONÓMICO EUROPEO)**

Nº EXPEDIENTE

DATOS DEL SOLICITANTE			
*D./D ^a .:			
*Fecha de nacimiento:		*DNI / NIE / TIE / Pasaporte:	
*Tarjeta sanitaria:		Tarjeta sanitaria europea ⁽¹⁾ :	
*Domicilio	País	Localidad:	Código postal/ZIP:
Calle:		Provincia:	
Teléfono fijo:		Teléfono móvil:	
*E-mail:			

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

⁽¹⁾ Si se dispone de la tarjeta sanitaria europea. Es recomendable.

PRESTACIÓN SOLICITADA Y DATOS DEL PROVEEDOR
*Centro:
*Servicio/Unidad:
Dirección:
*Prestación (según cartera del proveedor):
Prestación (según cartera origen):
Otros datos de la prestación:
Coste según tarifa del proveedor:

* Campos obligatorios.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS para solicitar AST (a título informativo, no obligatorio)
<input type="checkbox"/> Demora asistencial
<input type="checkbox"/> Motivos familiares
<input type="checkbox"/> Otros motivos (consignar brevemente):

DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE ADJUNTAR

- *Fotocopia compulsada del documento identificativo (DNI / NIE / TIE / PASAPORTE)
- *Fotocopia compulsada de la tarjeta sanitaria
- Fotocopia compulsada de la tarjeta sanitaria europea
- *Informe clínico que justifique la indicación de AST
- Declaración jurada de que el solicitante conoce los términos de la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo sobre Asistencia Sanitaria Transfronteriza
- *Documento de compromiso de pago

* Campos obligatorios.

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:

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)