



SOLICITUD AUTORIZACIÓN TRATAMIENTOS MÉDICOS ESPECIALES AUTORIZADOS EN PAÍSES FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
NIF	NÚMERO DE AFILIACIÓN	ENTIDAD MÉDICA
	285	
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO (Marque el recuadro si acepta la comunicación electrónica)
		<input type="checkbox"/>
APELLIDOS Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO (EN SU CASO)		RELACION CON EL TITULAR

DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

CALLE/PLAZA/AVENIDA/...	NOMBRE CALLE						
NÚMERO	KM	BLOQUE	PORTAL	PISO	ESCALERA	PUERTA	INFO. COMPLEMENTARIA
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD				PROVINCIA		

REGULACIÓN

- Clausula 8 de la Resolución de 18 de abril de 2016, de la Mutualidad General Judicial, por la que se regula la asistencia sanitaria fuera del territorio nacional. **TRATAMIENTOS MÉDICOS ESPECIALES.**
- Técnica, prueba y/o tratamiento que, siendo financiable por el sistema nacional de salud, no puede facilitarse a través de los medios propios de medicina pública o privada en España.
- El procedimiento debe iniciarse con carácter previo al tratamiento o intervención No se tramitarán solicitudes de pago o reintegro de gastos por técnicas, pruebas y/ o tratamientos para los que no se cuente previamente con la autorización de MUGEJU.
- En el caso de autorización, el reintegro se limitará a los gastos sanitarios y a los derivados del desplazamiento del paciente y de un acompañante, calculados de la forma prevista en el apartado 8.4 de la Resolución de 18 de abril de 2016, de la Mutualidad General Judicial, por la que se regula la asistencia sanitaria fuera del territorio nacional.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- Informe médico detallado emitido por el Servicio Hospitalario de la Comunidad Autónoma o entidad médica a la que se encuentre adscrito el solicitante, indicando:
 - a. El motivo y la necesidad de ser atendido en un país fuera del territorio nacional.
 - b. El centro y servicio donde se puede realizar la técnica, prueba y/o tratamiento.
 - c. Duración estimada del mismo.
- Presupuesto del centro sanitario donde se va a proceder a la intervención o tratamiento.

DATOS BANCARIOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

IBAN	BANCO	SUCURSAL	DC	N.º CUENTA/LIBRETA



EXPOSICIÓN SUSCINTA DE LOS HECHOS

DECLARACIÓN RESPONSABLE

Declaro que los datos consignados en esta solicitud son ciertos
LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE o REPRESENTANTE
(En este último caso, indique nombre, DNI y relación con el interesado)



INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Responsable	MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL
Fines del tratamiento	Protección sanitaria de las personas mutualistas y beneficiarias Control y adecuación del gasto en cuanto a asistencia sanitaria
Legitimación	RGPD 6.1.c), LOPD 8: Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento.
Destinatarios	MUGEJU
Derechos	Ejercer ante el responsable del tratamiento tus derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión (“derecho al olvido”), limitación del tratamiento.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra web: https://www.mugeju.es/informacion-institucional/proteccion-de-datos