



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

muface

EXPEDIENTE DE SOLICITUD DE CAMBIO EXTRAORDINARIO AL INSS POR RAZONES MEDICO-HOSPITALARIAS

SERVICIO PROVINCIAL

REGISTRO DE PRESENTACIÓN

OFICINA DELEGADA

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUD

Número de afiliación	Entidad médica	DATOS DE LA PERSONA TITULAR		DNI/NIE/Pasaporte	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre		Teléfono: Fijo Móvil	
Domicilio		Código postal y localidad		Provincia	País
Si desea recibir información, indique su dirección de correo electrónico					
DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA (cumplimentar solo en caso de que la solicitud se base en la asistencia sanitaria de una persona distinta al titular)					
Nombre y apellidos				DNI/NIE/Pasaporte	
DATOS PARA INFORMACIÓN SOBRE LA NOTIFICACIÓN					
Cumplimentese si desea que la notificación se practique en lugar distinto de su domicilio:					
Calle y nº.:					
Código Postal y localidad:		Provincia		País	

MOTIVO EN QUE FUNDA LA SOLICITUD Y DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ACOMPAÑARSE

Marque con "X" la cuadrícula o cuadrículas correspondientes al motivo por el que solicita el cambio, de conformidad con el Convenio suscrito por MUFACE y el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Puede consultar los criterios que pueden dar lugar a la estimación de la solicitud de cambio en el siguiente enlace [Disposición 3401 del BOE núm. 53 de 2022](#)

Acompáñese siempre de los documentos que acrediten y justifiquen el motivo alegado en la solicitud y que se recogen a continuación según la causa alegada

<p>Atención en una unidad concreta constituida en un centro hospitalario del Sistema Sanitario Público que sea de carácter multidisciplinar o de alta especialización en una patología o proceso asistencial determinado.</p>	<p>Informe médico con el diagnóstico del proceso patológico en el que se justifique la necesidad de tratamiento en una unidad multidisciplinar o de alta especialización concreta de un centro hospitalario del Sistema Sanitario Público.</p>
<p>Pacientes con patología psiquiátrica.</p>	<p>Informe de médico psiquiatra en el que conste el diagnóstico de la patología psiquiátrica.</p>
<p>Personas mayores, o con discapacidad o en situación de dependencia que se encuentren en Centros Residenciales públicos o concertados por los servicios sociales.</p>	<p>Certificado del Centro Residencial en el que conste que el mutualista ocupa una plaza pública o concertada con los servicios sociales de la Comunidad Autónoma correspondiente, así como la fecha de ingreso en el citado Centro.</p>
<p>Víctimas de violencia de género.</p>	<p>Documentación acreditativa de la condición de víctima de violencia de género.</p>
<p>Pacientes que precisen atención en cuidados paliativos en el ámbito domiciliario y la Entidad de seguro concertada no tenga la obligación de hacerse cargo de dicha atención en medios públicos por aplicación del correspondiente Concerto.</p>	<p>Informe médico prescribiendo la necesidad de cuidados paliativos en el ámbito domiciliario.</p>

Atención en centros sanitarios públicos de menores que hayan sido diagnosticados de patologías graves y que la Entidad de seguro concertada no tenga la obligación de hacerse cargo de dicha atención en medios públicos por aplicación del correspondiente Concierto.	Informe médico en el que se acredite el diagnóstico de una patología grave para pacientes menores.
Atención en centros sanitarios públicos de mujeres cuyo embarazo haya sido calificado mediante informe médico como de alto riesgo y que la Entidad de seguro concertada no tenga la obligación de hacerse cargo de dicha atención en medios públicos por aplicación del correspondiente Concierto.	Informe médico en el que se califique el embarazo como de alto riesgo con las causas que justifican dicha calificación.
Pacientes incluidos o susceptibles de ser incluidos en un ensayo clínico , o sometidos a una técnica o procedimiento en fase experimental , que se realice en un centro hospitalario del Sistema Sanitario Público.	Informe médico del centro hospitalario del Sistema Sanitario Público en el que se proponga la inclusión del paciente en un determinado ensayo clínico o técnica o procedimiento experimental concretos, o modelo de hoja de información al paciente y consentimiento informado debidamente firmado en el caso de que ya ha sido incluido en un determinado ensayo clínico.
Pacientes que tengan diagnosticada una enfermedad rara , entendiéndose ésta como una de las que figuran en las clasificaciones oficiales de enfermedades raras, que suelen afectar a un número limitado de población.	Informe médico con el diagnóstico definitivo de la enfermedad, así como su fecha de diagnóstico.
Pacientes con una patología grave y que, por haberse dado una situación de doble afiliación , por causas no imputables a ellos, deban causar baja en un Régimen por el cual venía recibiendo la asistencia sanitaria a través de los medios de la Red Sanitaria Pública, y soliciten en base a ello el cambio al INSS.	Informe médico con diagnóstico del proceso patológico y documentación acreditativa de la situación de doble afiliación.
Pacientes con patologías graves, en las que el paciente elige un determinado Centro Público motivado por la confianza médico-paciente , necesaria para desarrollar el correcto tratamiento de la enfermedad, debiéndose acreditar este extremo mediante informe médico emitido por el facultativo encargado del tratamiento en la Red Sanitaria Pública.	Informe médico con el diagnóstico del proceso patológico en el que el propio facultativo del centro hospitalario del Sistema Sanitario Público justifique los motivos por los que desea tratar al paciente en base a la confianza médico-paciente

Declaro expresamente:	
a) Que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.	
b) Mi compromiso de permanecer DOS AÑOS adscrito al INSS / Sistema Sanitario Público a efectos de asistencia sanitaria	
LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado (Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

COMUNICACIÓN INFORMATIVA: De conformidad con lo establecido en el artículo 21.4 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se informa que el plazo máximo para resolver y notificar la solicitud es de TRES MESES desde la fecha en que ha tenido entrada en el Registro del órgano competente para su tramitación, siendo los efectos de la falta de resolución en plazo ESTIMATORIOS.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales), y el artículo 11 de la Ley Orgánica 3 /2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se informa que los datos personales facilitados serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar las prestaciones sanitarias en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante la Directora del Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE. Más información en el apartado "[Privacidad y protección de datos](#)" de la página web de Muface. Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: "[Delegado de protección de datos](#)".

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA



EXPEDIENTE DE SOLICITUD DE CAMBIO EXTRAORDINARIO AL INSS POR RAZONES MEDICO-HOSPITALARIAS

SERVICIO PROVINCIAL

REGISTRO DE PRESENTACIÓN

OFICINA DELEGADA

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUD

Número de afiliación	Entidad médica	DATOS DE LA PERSONA TITULAR		DNI/NIE/Pasaporte	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre		Teléfono: Fijo Móvil	
Domicilio		Código postal y localidad		Provincia	País
Si desea recibir información, indique su dirección de correo electrónico					
DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA (cumplimentar solo en caso de que la solicitud se base en la asistencia sanitaria de una persona distinta al titular)					
Nombre y apellidos				DNI/NIE/Pasaporte	
DATOS PARA INFORMACIÓN SOBRE LA NOTIFICACIÓN					
Cumplimentese si desea que la notificación se practique en lugar distinto de su domicilio:					
Calle y nº.:					
Código Postal y localidad:		Provincia		País	

MOTIVO EN QUE FUNDA LA SOLICITUD Y DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ACOMPAÑARSE

Marque con "X" la cuadrícula o cuadrículas correspondientes al motivo por el que solicita el cambio, de conformidad con el Convenio suscrito por MUFACE y el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Puede consultar los criterios que pueden dar lugar a la estimación de la solicitud de cambio en el siguiente enlace [Disposición 3401 del BOE núm. 53 de 2022](#)

Acompáñese siempre de los documentos que acrediten y justifiquen el motivo alegado en la solicitud y que se recogen a continuación según la causa alegada

<p>Atención en una unidad concreta constituida en un centro hospitalario del Sistema Sanitario Público que sea de carácter multidisciplinar o de alta especialización en una patología o proceso asistencial determinado.</p>	<p>Informe médico con el diagnóstico del proceso patológico en el que se justifique la necesidad de tratamiento en una unidad multidisciplinar o de alta especialización concreta de un centro hospitalario del Sistema Sanitario Público.</p>
<p>Pacientes con patología psiquiátrica.</p>	<p>Informe de médico psiquiatra en el que conste el diagnóstico de la patología psiquiátrica.</p>
<p>Personas mayores, o con discapacidad o en situación de dependencia que se encuentren en Centros Residenciales públicos o concertados por los servicios sociales.</p>	<p>Certificado del Centro Residencial en el que conste que el mutualista ocupa una plaza pública o concertada con los servicios sociales de la Comunidad Autónoma correspondiente, así como la fecha de ingreso en el citado Centro.</p>
<p>Víctimas de violencia de género.</p>	<p>Documentación acreditativa de la condición de víctima de violencia de género.</p>
<p>Pacientes que precisen atención en cuidados paliativos en el ámbito domiciliario y la Entidad de seguro concertada no tenga la obligación de hacerse cargo de dicha atención en medios públicos por aplicación del correspondiente Concerto.</p>	<p>Informe médico prescribiendo la necesidad de cuidados paliativos en el ámbito domiciliario.</p>

EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA

Atención en centros sanitarios públicos de menores que hayan sido diagnosticados de patologías graves y que la Entidad de seguro concertada no tenga la obligación de hacerse cargo de dicha atención en medios públicos por aplicación del correspondiente Concierto.	Informe médico en el que se acredite el diagnóstico de una patología grave para pacientes menores.
Atención en centros sanitarios públicos de mujeres cuyo embarazo haya sido calificado mediante informe médico como de alto riesgo y que la Entidad de seguro concertada no tenga la obligación de hacerse cargo de dicha atención en medios públicos por aplicación del correspondiente Concierto.	Informe médico en el que se califique el embarazo como de alto riesgo con las causas que justifican dicha calificación.
Pacientes incluidos o susceptibles de ser incluidos en un ensayo clínico , o sometidos a una técnica o procedimiento en fase experimental , que se realice en un centro hospitalario del Sistema Sanitario Público.	Informe médico del centro hospitalario del Sistema Sanitario Público en el que se proponga la inclusión del paciente en un determinado ensayo clínico o técnica o procedimiento experimental concretos, o modelo de hoja de información al paciente y consentimiento informado debidamente firmado en el caso de que ya ha sido incluido en un determinado ensayo clínico.
Pacientes que tengan diagnosticada una enfermedad rara , entendiéndose ésta como una de las que figuran en las clasificaciones oficiales de enfermedades raras, que suelen afectar a un número limitado de población.	Informe médico con el diagnóstico definitivo de la enfermedad, así como su fecha de diagnóstico.
Pacientes con una patología grave y que, por haberse dado una situación de doble afiliación , por causas no imputables a ellos, deban causar baja en un Régimen por el cual venía recibiendo la asistencia sanitaria a través de los medios de la Red Sanitaria Pública, y soliciten en base a ello el cambio al INSS.	Informe médico con diagnóstico del proceso patológico y documentación acreditativa de la situación de doble afiliación.
Pacientes con patologías graves, en las que el paciente elige un determinado Centro Público motivado por la confianza médico-paciente , necesaria para desarrollar el correcto tratamiento de la enfermedad, debiéndose acreditar este extremo mediante informe médico emitido por el facultativo encargado del tratamiento en la Red Sanitaria Pública.	Informe médico con el diagnóstico del proceso patológico en el que el propio facultativo del centro hospitalario del Sistema Sanitario Público justifique los motivos por los que desea tratar al paciente en base a la confianza médico-paciente

Declaro expresamente: a) Que los datos consignados en esta solicitud son ciertos. b) Mi compromiso de permanecer DOS AÑOS adscrito al INSS / Sistema Sanitario Público a efectos de asistencia sanitaria	
LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado (Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

COMUNICACIÓN INFORMATIVA: De conformidad con lo establecido en el artículo 21.4 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se informa que el plazo máximo para resolver y notificar la solicitud es de TRES MESES desde la fecha en que ha tenido entrada en el Registro del órgano competente para su tramitación, siendo los efectos de la falta de resolución en plazo ESTIMATORIOS.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales), y el artículo 11 de la Ley Orgánica 3 /2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se informa que los datos personales facilitados serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar las prestaciones sanitarias en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante la Directora del Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE. Más información en el apartado "[Privacidad y protección de datos](#)" de la página web de Muface. Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: "[Delegado de protección de datos](#)".

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO