



# EXPEDIENTE PARA COMISIÓN MIXTA PROVINCIAL

SERVICIO PROVINCIAL	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	REGISTRO DE ENTRADA

## RECLAMACIÓN

Número de afiliación	NIF/ Pasaporte/D.Identificación (UE)	<b>DATOS DEL TITULAR</b>		Entidad médica actual
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Correo electrónico	Teléfono
Domicilio		Código postal y localidad	Provincia	País

## CONTENIDO DE LA RECLAMACIÓN

*Exponga la causa de la reclamación y, si es de contenido económico, indique el importe total reclamado, con el detalle de las partidas que lo integren. En todo caso, tenga en cuenta:*

- a) *La reclamación deberá basarse en un incumplimiento del Concierto por parte de la Entidad.*
- b) *Las cuestiones que afecten o se refieran al ámbito propio del ejercicio profesional de los facultativos o de la actividad asistencial de los Centros sanitarios no pueden ser objeto de reclamación en esta vía.*
- c) *Con carácter general, si la reclamación consiste en que la Entidad debería reintegrar o asumir gastos ocasionados por la utilización de facultativos o Centros ajenos a sus Catálogos de Servicios, es preciso que tal utilización esté motivada en una denegación injustificada de asistencia o en una urgencia de carácter vital, según se definen en el Concierto vigente y con los requisitos previstos en sus cláusulas.*
- d) *Acompañe cuantos documentos puedan justificar el contenido de la reclamación.*

*El Concierto está publicado en el Boletín Oficial del Estado y puede consultarse en [www.muface.es](http://www.muface.es) o en las oficinas de MUFACE.*

EJEMPLAR PARA MUFACE

*En caso necesario, siga en la página siguiente*

# CONTENIDO DE LA RECLAMACIÓN

Continuación

## DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (Rellene con las opciones elegidas)

A los efectos de notificación, el interesado señala como **medio preferente**:

Servicio Postal

Otros (indíquese) .....

y como segundo lugar de notificación (*cumpliméntese sólo en el caso de que desee que se practique en lugar distinto al señalado en el apartado "datos del titular"*):

Domicilio particular

Domicilio laboral

Otro domicilio

Domicilio de la notificación (Avda., calle o plaza)

Localidad

Código postal

Provincia

País

Teléfono número

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado  
(Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

**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 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: [DPDMuface@muface.es](mailto:DPDMuface@muface.es)

## MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO



## DILIGENCIA

Se han comprobado los datos del Titular y, en su caso, del beneficiario al que se refiere el presente expediente y, en la fecha de los hechos, eran los exigibles para la prestación objeto de la reclamación.

, a                      de                      de  
EL / LA JEFE/A DE COLECTIVOS,

## INFORME DEL ASESOR/A MÉDICO/A DEL SERVICIO PROVINCIAL

*Sólo se emitirá en los expedientes en que, por el contenido de la reclamación, el/la director/a del Servicio lo estime conveniente.*

, a                      de                      de  
EL/ LA ASESOR/A MEDICO/A,

## RESULTADO DEL EXPEDIENTE

ACUERDO entre MUFACE y la Entidad, consistente en

- informe favorable total,
- informe favorable parcial,
- propuesta de solución alternativa,
- informe desfavorable,

Por lo que, con sujeción a dicho acuerdo, se ha dictado resolución por el/la Director/a del Servicio Provincial.

DESACUERDO entre MUFACE y la Entidad

**PASA A COMISIÓN MIXTA NACIONAL**



## EXPEDIENTE PARA COMISIÓN MIXTA PROVINCIAL

SERVICIO PROVINCIAL	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	REGISTRO DE ENTRADA

### RECLAMACIÓN

Número de afiliación	NIF/ Pasaporte/D.Identificación (UE)	<b>DATOS DEL TITULAR</b>		Entidad médica actual
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Correo electrónico	Teléfono
Domicilio		Código postal y localidad	Provincia	País

### CONTENIDO DE LA RECLAMACIÓN

*Exponga la causa de la reclamación y, si es de contenido económico, indique el importe total reclamado, con el detalle de las partidas que lo integren. En todo caso, tenga en cuenta:*

- La reclamación deberá basarse en un incumplimiento del Concierto por parte de la Entidad.*
- Las cuestiones que afecten o se refieran al ámbito propio del ejercicio profesional de los facultativos o de la actividad asistencial de los Centros sanitarios no pueden ser objeto de reclamación en esta vía.*
- Con carácter general, si la reclamación consiste en que la Entidad debería reintegrar o asumir gastos ocasionados por la utilización de facultativos o Centros ajenos a sus Catálogos de Servicios, es preciso que tal utilización esté motivada en una denegación injustificada de asistencia o en una urgencia de carácter vital, según se definen en el Concierto vigente y con los requisitos previstos en sus cláusulas.*
- Acompañe cuantos documentos puedan justificar el contenido de la reclamación.*

*El Concierto está publicado en el Boletín Oficial del Estado y puede consultarse en [www.muface.es](http://www.muface.es) o en las oficinas de MUFACE.*

EUJEMPLAR PARA SELLAR Y DEVOLVER AL INTERESADO

*En caso necesario, siga en la página siguiente*

# CONTENIDO DE LA RECLAMACIÓN

Continuación

## DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (Rellene con las opciones elegidas)

A los efectos de notificación, el interesado señala como **medio preferente**:

Servicio Postal  Otros (indíquese) .....

y como segundo lugar de notificación (cumplimentese sólo en el caso de que desee que se practique en lugar distinto al señalado en el apartado "datos del titular"):

Domicilio particular  Domicilio laboral  Otro domicilio

Domicilio de la notificación (Avda., calle o plaza)

Localidad

Código postal

Provincia

País

Teléfono número

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE o de su representante debidamente acreditado  
(Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

**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 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: [DPDMuface@muface.es](mailto:DPDMuface@muface.es)

## MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO