

DATOS DEL USUARIO@

APELLIDOS:

NOMBRE:

NIF:

DIRECCIÓN:

TLFNO.:

E-MAIL:

(EN SU CASO, SUSTITUIR POR ETIQUETA IDENTIFICATIVA)

¿Trasladado en Ambulancia? Sí No

Desde:

Hasta:

¿Con equipo médico? Sí No

¿ACTIVADO EMERGENCIAS 112?

SÍ **NO**

Estimado Sr./a:

En relación con la asistencia sanitaria que se le ha prestado en el Centro Sanitario correspondiente al Área de Salud de Cáceres, se le insta para que **en un plazo no superior a 10 DÍAS HÁBILES** a partir del siguiente a la entrega del presente documento, se remita a la **Sección de Cargos a Terceros EXCLUSIVAMENTE** la documentación que se señala con una "X":

COMPAÑÍA PRIVADA (INCLUIDOS MUTUALISTAS):

AUTORIZACIÓN ECONÓMICA O CONFORMIDAD DE PAGO con la que el usuari@ tenga concertada la asistencia sanitaria. (Se recomienda asegurarse que el citado documento es recepcionado por este Departamento).

EN EL CASO DE PACIENTES CON SEGURIDAD SOCIAL DERIVADOS DE CLÍNICAS PRIVADAS POR HABER OPTADO POR COMPAÑÍA PRIVADA: Fotocopia del documento que acredite el nombre de la Entidad con la que tiene contratada la asistencia sanitaria (**tarjeta de la aseguradora, póliza o recibo**).

ACCIDENTE LABORAL (YA SEA CONCERTADO CON MUTUA O SEGURIDAD SOCIAL):

Copia del Parte de Accidente de Trabajo (o de la relación de Accidentes SIN baja laboral) que su empresa ha remitido a la Mutua o INSS con el número de **referencia Delt@** correspondiente.

En los accidentes laborales **SIN BAJA**, al no poderse emitir hasta los cinco primeros días del mes siguiente al hecho causante, el plazo de 10 días hábiles de entrega del parte empezará a computar a partir del sexto día del mes siguiente al accidente.

SI NECESITA ASISTENCIAS POSTERIORES ACUDA AL MÉDICO DE SU MUTUA.

ACCIDENTE DE TRÁFICO:

Hoja informativa del accidente de tráfico facilitada por el centro sanitario debidamente cumplimentada.

ACCIDENTE DEPORTIVO:

Copia Parte de Accidente con el n° de póliza, así como n° de expediente dado en su caso por la aseguradora, cumplimentado por el Club o Federación que corresponda.

En el caso de JUDEX-JEDES, deberá presentar la licencia (ficha) y el parte de accidente oficial debidamente cumplimentado correspondiente al presente año. **SI NECESITA MÁS ASISTENCIAS ACUDA AL MÉDICO DEL SEGURO PRIVADO.**

ACCIDENTE ESCOLAR EN CENTROS PRIVADOS O CONCERTADOS:

Copia del Parte de Accidente Escolar que su centro ha debido tramitar a su Aseguradora Privada, en dicho parte se hará constar el n° de póliza y n° de expediente o siniestro.

ACCIDENTE DE CAZA, ACCIDENTE EVENTO PÚBLICO, FESTEJO TAURINO, MORDEDURA ANIMAL, CAIDA DE CABALLO, SEGURO DE VIAJE (EXCURSIONES), SEGURO TRANSPORTE DE PERSONAS, CURSOS...:

Copia recibo del Seguro, con su número de póliza e **IMPRESCINDIBLEMENTE N° de expediente o siniestro, o datos de contacto del tercero responsable.**

ACCIDENTE CASUAL (vía pública, establecimientos...):

No se presentará documentación alguna. Se recibirá una carta directa del Departamento de Cargos a Terceros.

USUARIOS PAISES MIEMBROS DE LA UNIÓN EUROPEA:

Copia de la TSE (tarjeta sanitaria europea) a su nombre (no del progenitor) y con periodo de validez **NO CADUCADO.**

PACIENTE EXTRANJERO O COMUNITARIO SIN TSE (VER DORSO) / FOREIGNER PATIENT (ON THE REVERSE)

REGLAMENTO (UE) 2016/679: se les informa que firmando este documento aceptan el tratamiento de datos de carácter personal por parte de esta Gerencia como responsable del fichero y sus datos.

FECHA:

Sello Institución:

FIRMA de la persona asistida o acompañante:

(Acompañante: incluir Nombre completo y NIF)

TRANSCURRIDO EL PLAZO ESTABLECIDO SIN RECIBIR CONTESTACIÓN ALGUNA, SE ENTENDERÁ QUE ACEPTA EL PAGO DE LA FACTURA QUE SE EMITIRÁ A SU NOMBRE.

Sección de Cargos a Terceros - Gerencia del Área de Salud de Cáceres - San Pedro de Alcántara, 3

10001-CÁCERES Tlfno.: 927256171 Fax.: 927256189 <http://www.areasaludcaceres.es>

LA DOCUMENTACIÓN SE PUEDE REMITIR VÍA E-mail: faccar.hvmt@salud-juntaex.es

**PACIENTE EXTRANJERO O COMUNITARIO SIN TARJETA SANITARIA EUROPEA
(FOREIGN PATIENT OR PATIENT COMMUNITY WITHOUT A EUROPEAN
HEALTH INSURANCE CARD)**

Dear sir/madam:

Regarding with the sanitary assistance that was given to you in the Medical Center corresponding to the Area of Health of CÁCERES, you are urged in a **period not superior to 10 working days** from he following one to the delivery of the present document, to sent to the SECCIÓN DE CARGOS A TERCEROS one of the following documents:

- Document issued by your Health Insurance Company or any other company giving the conformity to the sanitary caused expense, with his Tax Information and delivery address for invoice.
- Certifying documentation that verifies the right to the sanitary assistance issued by the National Health Service in Spain recounted to the period of the medical assistance.
- Any document that accredits the right to the sanitary assistance in Spain or CC.AA. Extremadura.

Documentation can be sent by e-mail:

faccar.hvmt@salud-juntaex.es

Of not receiving answer in that regard during the established period, this management area will issue the invoice in your name with the medical generated expenses.

LEGISLACIÓN APLICABLE:

- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre (BOE N° 222, de 16/09/06) que regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (ANEXO IX de “Asistencia sanitaria cuyo importe ha de reclamarse a los terceros obligados al pago”).
- Ley 18/2001, de 14 de diciembre (DOE 27/12/01), sobre tasas y precios públicos de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Decreto 20/2018, de 14 de febrero (D.O.E. n° 35, de 19/02/18) por el que se establecen y regulan los precios públicos correspondientes a los servicios sanitarios del Servicio Extremeño de Salud.
- Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común (BOE núm. 236, de 2 de octubre).
- REGLAMENTO (UE) 2016/679: Los datos de carácter personal se van a incorporar en ficheros automatizados que tiene por finalidad la gestión de expedientes con compañías aseguradoras, mutualidades y Dirección General de Tráfico. Si lo desea, puede ejercitar su derecho a presentar una reclamación ante una unidad de control, así como ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento previstos en el reglamento. Para ejercer estos derechos, puede dirigirse por escrito a la Gerencia del Área de Salud de Cáceres.