

DATOS DEL USUARIO/A

APELLIDOS Y NOMBRE:

NIF:

DIRECCIÓN:

TLFNO.:

E-MAIL:

(En su caso, sustituir por etiqueta identificativa)

¿Trasladado en Ambulancia? SI NO

Desde: Hasta:

¿Con personal sanitario? SI NO

¿ACTIVADO EMERGENCIAS 112? SI NO

Señalar "X" servicio público utilizado:

UME SVB HELICÓPTERO

AMBU. PAC

AMBU. CONVENC.

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 a 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 usuario/a tenga concertada la asistencia sanitaria.

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 PERRO U OTRAS MASCOTAS, CAIDA DE CABALLO, SEGURO EXCURSIONES, SOV-SEGURO VIAJERO, CURSOS FORMACIÓN:

Copia recibo del Seguro, con su número de póliza e **IMPRESINDIBLEMENTE** 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.

CENTRO PENITENCIARIO

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:

FIRMA de la persona asistida o acompañante:

Sello Institución:

(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.

**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 the 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:
cargos.caceres@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.
- RESPONSABILIDAD CIVIL: artículos 1.902, 1.903 y 1.905 del Código Civil.
- 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.