



MINISTERIO
DE JUSTICIA

**SOLICITUD PREPARADA
PARA CUMPLIMENTARSE
ELECTRÓNICAMENTE**

SECRETARIA DE ESTADO
DE JUSTICIA

MUTUALIDAD GENERAL
JUDICIAL

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS MÉDICOS ESPECIALES EN EL EXTRANJERO

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---------------------------|--|----------------------|--|-----------------------------|------------------|--|--|--|--|
| PRIMER APELLIDO | | | | SEGUNDO APELLIDO | | | | NOMBRE | | | | | |
| NUM. DE AFILIACIÓN A MUGEJU | | | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | | | |
| 2 | 8 | 5 | 9 | | | | | | | | | | |
| DOMICILIO (a efectos de notificaciones) | | | | | | CÓDIGO POSTAL | | | LOCALIDAD | | | | |
| PROVINCIA | | | | ENTIDAD MÉDICA | | | | TELÉFONO DE CONTACTO | | | | | |
| APELLIDOS Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO | | | | | | | | | | | | | |

REGULACIÓN

- **Punto 5 de la Circular nº 80 Reguladora de la asistencia sanitaria fuera del territorio nacional BOE nº 43, de 20/02/2012. 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 RD 462/2002 de 24 de mayo y en sus modificaciones posteriores, sobre indemnizaciones por razón del servicio, referidos al grupo 2 que figuran en el Anexo I

DOCUMENTACION 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.

EXPOSICIÓN SUCINTA DE LOS HECHOS

DATOS BANCARIOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

| IBAN | | | | Entidad Bancaria | | | | Sucursal | | | | D.C. | | Nº cuenta/libreta | | | | | | | |
|------|--|--|--|------------------|--|--|--|----------|--|--|--|------|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: A los efectos señalados en el art. 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (BOE de 14-12-1999), se advierte de la existencia, bajo responsabilidad de la Mutualidad General Judicial, del fichero automatizado de datos de prestaciones, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de las mismas.

En, a de..... de.....

FIRMA DEL MUTUALISTA O REPRESENTANTE

(En este último caso, indíquese nº del DNI y relación con el titular)

CORREO ELECTRÓNICO Y PÁGINA WEB:

mugeju@justicia.es
www.mugeju.es

MARQUÉS DEL DUERO, 7
28001 MADRID
TEL. 91 586 03 00
FAX 91 586 09 53