MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

Limpiar

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE LA
SEGURIDAD SOCIAL
DIRECCIÓN PROVINCIAL DE

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS POR ASISTENCIA SANITARIA

En aplicación del artículo 25 B) y C) del Reglamento CE 987/09: gastos abonados por asistencia sanitaria recibida durante una estancia temporal en un Estado miembro de la Unión Europea, paises del Espacio Económico Europeo, o Suiza, a personas aseguradas en España.(2)

(Lea detenidamente todos los apartados y escriba en letras mayúsculas**)**

DATOS PERSONALES DEL TITULAR DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA

☐ Titular de pensión(1) ☐ Persona asegurada(2)

☐ Trabajador (1)

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI / NIE	Número de afiliación	Teléfono
Domicilio (calle, plaza....., número y piso)		Código postal
Localidad		Provincia

DATOS DE LA PERSONA ASISTIDA

Apellidos	Nombre	Fecha de nacimiento
Parentesco con el asegurado	Dirección	
Motivo del desplazamiento (vacaciones, motivos de trabajo. etc.)		

DATOS DE LA ASISTENCIA SANITARIA PRESTADA

Fecha de comienzo de la asistencia	Fecha de la terminación
Localidad donde fue dispensada	País
Importe abonado por el solicitante (indique la moneda)	

Documentos originales que se acompañan y justifican los gastos realizados:

- ☐ Historia clínica del proceso de asistencia
- ☐ Minuta de honorarios médicos
- ☐ Recetas valoradas por la farmacia señalando los productos dispensados
- ☐ Factura del hospital o clínica
- ☐ Facturas de otros servicios o tratamientos
- ☐ Justificante acreditativo del pago realizado por el solicitante (extracto bancario, factura sellada....)

MOTIVOS POR LOS QUE NO PUDO SOLICITAR LA ASISTENCIA SANITARIA O REINTEGRO DE GASTOS DE LA INSTITUCIÓN DEL LUGAR DE ESTANCIA, ALEGANDO LOS REGLAMENTOS COMUNITARIOS DE SEGURIDAD SOCIAL.

DATOS BANCARIOS

Entidad bancaria por donde desea percibir la prestación	Código País	Entidad	Oficina Sucursal	Número de cuenta	
				DC	CCC

DECLARO,	bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo y que mi visita a dichos países no fue para recibir ningún tratamiento médico especial que no esté autorizado por la Inspección Médica.
AUTORIZO,	la consulta de mis datos de identificación personal a través del Servicio de Verificación de Datos de Identidad.
SOLICITO,	mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición, adoptando para ello todas las medidas necesarias para su mejor resolución. En.....a.....de..... de ..... Firma del solicitante
El INSS, le informa que:	esta solicitud/comunicación va a ser tratada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en este formulario serán incorporados y tratados en un fichero automático bajo custodia de la Dirección General/Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados en dicho fichero ante la Dirección Provincial o ante un Centro de Atención e Información del INSS (art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. BOE 14.12.99).

Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE LA SOLICITUD

1.- Exhibición de los siguientes documentos en original y en vigor (tanto para personas aseguradas como, en su caso, beneficiarios por los que se formula esta solicitud)**.**

- Españoles: Documento Nacional de Identidad (D.N.I.).
- Extranjeros (comunitarios):
    - Residentes en España: Número de Identificación de Extranjeros (N.I.E.).
    - No residentes en España: Pasaporte.
- Extranjeros (no comunitarios): Pasaporte y Tarjeta de Identidad del Extranjero que acredite la titularidad de una autorización para residir en España o, en caso de no tener obligación de obtener dicha Tarjeta, autorización para residir en España en la que conste el correspondiente Número de Identidad de Extranjero (NIE).

2.- Entrega de las facturas originales que acrediten el abono de los gastos sanitarios.