

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)	DATOS DEL TITULAR		Entidad médica actual
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Correo electrónico	Teléfono
Domicilio	Código Postal y Localidad	Provincia	Pais	

### CONTENIDO DE LA RECLAMACIÓN

Exponga la causa de la reclamación y, si es de contenido económico, indique el importe total reclamado, detallando en su caso las distintas prestaciones que se solicitan, además tenga en cuenta que:

- 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, incluida la denegación de la Entidad.

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.

*En caso necesario, siga en la página siguiente*

## CONTENIDO DE LA RECLAMACIÓN

*Continuación*

### DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN *(Marque con una cruz x las opciones elegidas)*

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

Servicio Postal

Otros (indíquese)

Y como segundo lugar de notificación *(rellénesse solamente en caso de que desee que se realice en un 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

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 Personales 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: "[Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad](#)".

**MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO**

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)	DATOS DEL TITULAR		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, detallando en su caso las distintas prestaciones que se solicitan, además 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, incluida la denegación de la Entidad.

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.

*En caso necesario, siga en la página siguiente*

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

## CONTENIDO DE LA RECLAMACIÓN

*Continuación*

### DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN *(Marque con una cruz x las opciones elegidas)*

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

Servicio Postal

Otros (indíquese)

Y como segundo lugar de notificación *(rellénesse solamente en caso de que desee que se realice en un 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

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 Personales 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: "[Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad](#)".

**MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO**