



Región de Murcia
 Consejería de Sanidad
 y Política Social

A cumplimentar por la Administración

Nº de Expediente:



ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA

SOLICITUD DE ASISTENCIA EN EL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

EN APLICACIÓN DE LA DIRECTIVA 2.011/24/U.E. Y EL R.D. 81/2.014

PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:		NOMBRE:	
DOMICILIO:			C.P.:	LOCALIDAD:	PROVINCIA:
N.I.E./Pasaporte:	C.I.P.:	TELEFONO/S:		CORREO ELECTRÓNICO:	

PONE EN SU CONOCIMIENTO que siendo ciudadano del estado de _____ y teniendo conocimiento de la posibilidad de ser atendido sanitariamente en España mediante los reglamentos europeos 883/2004 y 987/2009 mediante la tarjeta sanitaria europea o los diferentes formularios en ellos contemplados, opta voluntariamente por:

SOLICITAR recibir asistencia sanitaria por el Servicio Murciano de Salud en aplicación de la directiva 2.011/24/U.E. y el R.D. 81/2.014 que regulan la asistencia sanitaria transfronteriza en los estados de la Unión Europea.

Centro sanitario elegido: _____

Localidad donde se ubica: _____

Prestación o asistencia sanitaria que desea recibir (*describir diagnóstico y/o procedimiento clínico y/o tipo de prestación que solicita*):

(Con objeto de facilitarle la asistencia mas adecuada es importante que acompañe a esta solicitud la documentación clínica y en su caso documento de autorización previa emitido por el organismo competente del estado de origen)

SERVICIO DE ADMISIÓN DEL ÁREA DE SALUD: _____
HOSPITAL / CENTRO DE SALUD: _____



Región de Murcia
 Consejería de Sanidad
 y Política Social

A cumplimentar por la Administración

Nº de Expediente:



DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (indique el número de documentos aportados):		
	Informe clínico donde consta diagnóstico y recomendación diagnóstico-terapéutica emitido por un médico autorizado del Servicio de Salud del estado de origen	
	Copia del documento de autorización previa emitido en el estado de origen (en los casos en que proceda)	
	Otros documentos (especificar en las siguientes líneas)	

Motivos adicionales (de cumplimentación voluntaria)

(Puede explicar los motivos adicionales que considere).

El abajo firmante declara conocer que la legislación sobre asistencia sanitaria transfronteriza que regulan la directiva 2012/24/UE y el RD 81/2014 es complementaria a la aplicación de los reglamentos europeos 883/2004/UE y 987/2009/UE, que es de elección voluntaria por los ciudadanos y que supone el compromiso de abonar íntegramente la factura que se le presente en el Centro Sanitario elegido.

Fecha: ___/___/_____

Firma y DNI/NIE o nº pasaporte del interesado o tutor

(en menores de edad o adultos tutelados)

SERVICIO DE ADMISIÓN DEL ÁREA DE SALUD: _____
 HOSPITAL / CENTRO DE SALUD: _____