Región de Murcia
Consejería de Salud

Área de Salud Cartagena

Servicio Murciano de Salud

PARTE DE ASISTENCIA MÉDICA- A.P.
SECCIÓN FACTURACIÓN A TERCEROS DEL ÁREA DE SALUD II

Teléfono: 968 12 86 01 / FAX: 968 12 86 12 / Email: facturacion.area2.sms@carm.es

CENTRO ASISTENCIAL:	FECHA Y HORA:

DATOS PERSONALES DEL ASISTIDO: *(Cumplimentar con mayúsculas)

NOMBRE:		APELLIDOS:			
Fecha Nacimiento:		Teléfono:		DNI:	
Nº de S.S.		Correo electrónico:			
Domicilio:		Nº	PISO:	C.P.:	
Población		PROVINCIA:		País:	

REPRESENTANTE, NOMBRE DE PADRE, MADRE Ó TUTOR (debe aportar copia del DNI/NIE):

NOMBRE Y APELLIDOS:	DNI:

TIPO FINANCIACIÓN: *Marcar y entregar los documentos correspondientes según financiación

☐ **PACIENTES EXTRANJEROS: : (Domicilie / Adress / Adresse).**

DOMICILIO EN SU PAIS: Calle:	
Población:	Provincia:
Código Postal:	País:

***DEBE ENVIAR COPIA PASAPORTE + TARJETA SANITARIA EUROPEA/CERTIFICADO PROVISIONAL SUSTITUTORIO AL S. FACTURACIÓN.**

☐ **CUMPLIMENTAR EN CASO DE ACC. LABORAL O ENFERMEDAD PROFESIONAL:**

Nombre Empresa o razón social:		Mutua del Trabajador:	
DATOS DE POSIBLE TESTIGO:		TLFO.	

***NOTA**: Acc. Laboral, **el asistido debe comunicar a su empresa el accidente y aportar Parte de Accidente con ó sin baja** y lo remita a la mayor brevedad al Servicio de Facturación del Área II de Cartagena.

☐ **CUMPLIMENTAR EN CASO DE ACC.ESCOLAR:**

NOMBRE DE COLEGIO O INSTITUTO:	

***NOTA:** Si es CONCERTADO/PRIVADO deben solicitar en la Secretaría del Centro el parte de Acc. Escolar.

☐ **CUMPLIMENTAR EN CASO DE ACC.DEPORTIVO:** *NOTA: Aportará Carnet Federativo y Parte Acc.Deportivo.

DEPORTE:	

☐ **MUTUALISTAS (ISFAS,MUFACE,ASISA,ADESLAS,DKV,ETC.)** **"IMPORTANTE"**

DEBE "ABONAR LA ASISTENCIA MEDICA", ó facilitará **"Compromiso de Pago" de su compañía plazo máximo de 10 días**

☐ **CUMPLIMENTAR DATOS DE ACC. DE TRÁFICO (ó DOCUMENTO DE TOMA DE DATOS)**

Fecha del siniestro:		Fue un atropello:		SI		NO
Nº vehículos intervinieron en el siniestro:		Lugar accidente:				
Conducía Ud. el vehículo:	SI		NO			

I) DATOS DEL VEHÍCULO EN EL QUE VIAJABA Ó QUE LE ATROPELLÓ:

Matrícula:		**Cía Aseguradora**:	
Nº de póliza:			
Nombre y apellidos del Asegurado:			
Nombre y apellidos del Conductor:			
Marca y modelo vehículo:		Teléfono:	

II) DATOS DEL VEHÍCULO CONTRA EL QUE SE PRODUJO LA COLISIÓN:

Matrícula:		**Cía Aseguradora**:	
Nº de póliza:		Marca y modelo del vehículo:	
Nombre y apellidos del Asegurado:			
Nombre y apellidos del Conductor:			

J) DESCRIBA BREVEMENTE EL ACCIDENTE :

A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO:

K) DIAGNÓSTICO MÉDICO:

TRATAMIENTO:

***El abajo firmante "SE COMPROMETE" facilitar los datos requeridos ó "PAGAR" la asistencia,si no justifica condición de asegurado.**

*** FIRMA DEL LESIONADO Ó FAMILIAR**

SELLO CENTRO ASISTENCIAL Y FIRMA DEL PROFESIONAL

FDO.: _____

DNI: _____

FDO.: _____

NºColeg.: _____

***TIPO DE ASISTENCIA:**	**Nº ASISTENCIAS:**	**IMPORTE:**
*CONSULTA MEDICA:		
*CONSULTA ENFERMERIA:		
* INTERCONSULTAS		*indicar si se le solicita
* PRUEBAS ANALÍTICAS (BIOQUIMICA…)		*indicar si se le solicita
* PRUEBAS DE IMAGEN (RX, ECOGRAFÍAS…)		*indicar si se le solicita
*MODULO FIJO REC/MED.:		
*OTROS:		
	TOTAL:	

FORMA Y LUGAR DE PAGO:

Cuenta de ingresos de Facturación: CAIXABANK ES95 2100 2931 9813 0097 3214
ES95 2100 2931 9813 0097 3214 BIC/SWIFT: CAIXESBBXXX

TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.

El Responsable del tratamiento de los datos personales indicados en el presente formulario es el Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, con domicilio C/ Central nº 7. Edificio Habitamia I. 30100-Espinardo (Murcia) y puede contactar si lo precisa con el Delegado de Protección de datos en el correo electrónico dpd-sms@carm.es.

Los tratamientos necesarios, amparados en el cumplimiento de la normativa son las comunicaciones, cesiones de datos necesarias para la determinación, tramitación, notificación y recaudación de los actos de liquidación de precios públicos, en virtud de lo establecido en el artículo 83 de la Ley 14/1986 General de Sanidad de 25 de abril y la correspondiente Orden de la Consejería de Economía, Hacienda, Fondos Europeos y Administración Digital, por la que se publican las tarifas de las tasas y precios públicos aplicables al año vigente.

Los destinatarios de cesiones o transferencias podrán ser órganos judiciales, otros órganos de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, otros órganos de la Administración del Estado, mutualidades, compañías asistenciales y aseguradoras (en caso de pertenecer a ellas). Como titular de sus datos de carácter personal, puede ejercitar ante el responsable del tratamiento de datos los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación al tratamiento. Estos derechos podrán ser ejercitados a través de los modelos de formularios que están a su disposición en el Servicio de Atención al Usuario. Asimismo, pueden presentar una reclamación ante la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos competente, especialmente cuando no haya obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos.

Todo ello en aplicación de la normativa vigente: Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos, y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.