



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad  
y Política Social

A cumplimentar por la Administración

Nº de Expediente:



## ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA

### SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PREVIA

#### PARA RECIBIR ASISTENCIA SANITARIA EN UN ESTADO MIEMBRO DE LA U.E. 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.F.:	C.I.P.	TELEFONO/S		CORREO ELECTRÓNICO:	

**PONE EN SU CONOCIMIENTO** que habiéndosele indicado por un médico del Servicio Murciano de Salud la necesidad de:

Recibir asistencia hospitalaria que precisa ingreso de un día o mas
La realización de una tomografía por emisión de positrones (PET), y/o combinada con el TC (PEC-TC) y/o SPECT.
La aplicación de tratamientos de reproducción humana asistida.
Tratamiento de diálisis.
Cirugía mayor ambulatoria que requiere la utilización de un implante quirúrgico.
Tratamientos con radioterapia
Tratamientos farmacológicos o con productos biológicos, cuyo importe mensual sea superior a 1.500 €
Radiocirugía.
Análisis genéticos orientados a diagnósticos de casos complejos, incluidos el diagnóstico prenatal y el preimplantacional, análisis genéticos presintomáticos y de portadores y análisis de farmacogenética y farmacogenómica.
Tratamientos de discapacidades que requieran para su corrección o mejoría: Sillas de ruedas eléctricas, prótesis de miembro superior excepto las prótesis parciales de mano, prótesis de miembro inferior excepto las prótesis parciales de pie, audífonos y bitutores.
Tratamientos con fórmulas completas para nutrición enteral domiciliaria y con fórmulas y módulos nutricionales para trastornos congénitos del metabolismo de los hidratos de carbono, aminoácidos y lípidos.
Atención a patologías y realización de procedimientos para los cuales se han designado servicios de referencia, de acuerdo con el Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud
Otros motivos (especificar a continuación)

**SOLICITA** autorización para recibir la citada asistencia en:

Estado: ..... Ciudad: .....

Centro Sanitario: .....



Región de Murcia  
 Consejería de Sanidad  
 y Política Social

A cumplimentar por la Administración

Nº de Expediente:



<b>DOCUMENTACIÓN ADJUNTA</b> (indique el número de documentos aportados):	
	<b>Informe clínico donde consta diagnóstico y recomendación diagnóstico-terapéutica emitido por un médico del Servicio Murciano de Salud (en sobre cerrado)</b>
	<b>Copia o fotocopia de la Tarjeta Sanitaria Individual expedida por el Servicio Murciano de Salud.</b>
	<b>Otros documentos (especificar en las siguientes líneas)</b>

**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, pudiendo solicitar posteriormente el reembolso en el Servicio Murciano de Salud que lo hará de acuerdo a las condiciones establecidas en el RD 81/2014 y hasta el límite establecido en sus tarifas de precios públicos vigentes.

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma y DNI del interesado o tutor

(en menores de edad o adultos tutelados)