



Región de Murcia
 Consejería de Sanidad
 y Política Social

A cumplimentar por la Administración

Nº de Expediente:



| DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (indique los documentos aportados): | | |
|--|---|--|
| | Informe clínico, o copia, donde conste diagnóstico y tratamiento recibido (acompañar en sobre cerrado) | |
| | Copia o fotocopia de las recetas médica dispensadas (en su caso) (acompañar en sobre cerrado) | |
| | Factura original del Centro Sanitario y/o Farmacia dispensadora donde se especifica el desglose de la prestación recibida. Debe constar que está pagada. | |
| | Copia o fotocopia de la Tarjeta Sanitaria Individual expedida por el Servicio Murciano de Salud. | |
| | Otros documentos (relacionar a continuación) | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 el RD 81/2014 y la directiva 2012/24/UE 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 R.D. 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)