

FORMULARIO DE REEMBOLSO

COLECTIVO: MUFACE Exterior

DATOS DEL ASEGURADO

|                      |                         |
|----------------------|-------------------------|
| NOMBRE Y APELLIDOS:  |                         |
| NIF / NIE:           |                         |
| FECHA DE NACIMIENTO: | Nº ASEGURADO (TARJETA): |
| TELÉFONO MÓVIL:      | CORREO ELECTRÓNICO:     |

DATOS CUENTA BANCARIA

|                                                               |
|---------------------------------------------------------------|
| TITULAR DE LA CUENTA:                                         |
| NIF/NIE/CIF:                                                  |
| NÚMERO DE CUENTA: ES    _ _    _ _ _ _    _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |

DATOS FACTURA

|                          |                        |
|--------------------------|------------------------|
| Nº DE FACTURA:           |                        |
| FECHA DE LA FACTURA:     | IMPORTE DE LA FACTURA: |
| CENTRO:                  |                        |
| NOMBRE PROFESIONAL:      |                        |
| CIF/NIF DEL PROFESIONAL: |                        |
| OBSERVACIONES:           |                        |

RECUERDE ADJUNTAR LA FACTURA A ESTA SOLICITUD

**Información Básica sobre protección de datos**  
**Responsable**  
NUEVA MUTUA SANITARIA DEL SERVICIO MÉDICO, MUTUA DE SEGUROS A PRIMA FIJA  
**Finalidad**  
Los datos incluidos en el formulario serán tratados con la finalidad de gestionar el contrato de seguro y prestarle los servicios establecidos en su póliza de seguro.  
**Derechos**  
Tiene derecho a acceder, a rectificar, a limitar el tratamiento, a suprimir sus datos, a solicitar la portabilidad de los mismos y a oponerse a su tratamiento con fines comerciales si así lo desea. Puede ejercerlos a través del correo electrónico [dpo@nuevamutuasantaria.es](mailto:dpo@nuevamutuasantaria.es) o, si lo prefiere, por correo postal, dirigido a Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Calle Villanueva nº 14, 4º, 28001 de Madrid.  
**Información adicional**  
Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente sección de nuestra página web: [www.nuevamutuasantaria.es/protecciondedatos](http://www.nuevamutuasantaria.es/protecciondedatos)

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

D. / Dña. (firma): \_\_\_\_\_

Tras cumplimentar la solicitud, por favor remitirla al email [reembolso@nuevamutuasantaria.es](mailto:reembolso@nuevamutuasantaria.es)

## ¿Cómo solicitar el reembolso de gastos?

Para solicitar el reembolso de gastos en los que haya incurrido, deberá completar los siguientes pasos:

### A través de la APP Nueva Mutua Sanitaria

Solicite su reembolso a través de APP, disponible en Google Play y APP Store. Inicie sesión y pulse sobre el icono “Reembolso” y siga los pasos que se indican. En este método no deberá enviar el formulario de solicitud.

### En caso de no disponer de la APP

Deberá remitirnos el formulario de reembolso cumplimentado y firmado por el asegurado o su representante legal junto con la documentación requerida al correo electrónico [reembolso@nuevamuasnitaria.es](mailto:reembolso@nuevamuasnitaria.es)

Puede consultar los actos médicos, medicaciones y otros dispositivos de los que puede solicitar el reembolso de gastos en el documento [Modalidad Asistencial en España- MUFACE Exterior](#).

## ¿Qué apartados debe cumplimentar en el formulario?

### 1. Datos del asegurado

- Nombre y Apellidos del asegurado
- Documento de identidad (DNI/NIF/NIE)
- Fecha de nacimiento
- Número de asegurado (número de tarjeta)
- Teléfono
- Correo electrónico

### 2. Datos bancarios

- Datos del titular de la cuenta
- IBAN de la cuenta en la que desea recibir el reembolso

### 3. Datos de la factura

- Número, fecha e importe de la factura
- Centro médico en la que ha recibido la prestación
- Nombre y documento de identidad del profesional sanitario

4. Si tiene alguna observación, inclúyala en el apartado correspondiente

5. Firma del asegurado o de su representante legal

## ¿Qué documentos deberá presentar al solicitar el reembolso de gastos?

1. Formulario de solicitud de reembolso
2. Factura
3. Justificante de pago
4. Prescripción e informe médico