

**Asistencia sanitaria al personal de la Administración que presta servicios en el exterior y  
de aquellas personas enviadas en comisión de servicios**

**EXPEDIENTE DE RECLAMACIÓN**

Fecha de entrada		Código del expediente	
------------------	--	-----------------------	--

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO**

Nombre	
Apellidos	
Organismo público	
N.º tarjeta Medicaid	
Correo electrónico	
Teléfono	
País de destino	

**CONTENIDO DE LA RECLAMACIÓN**

Fecha de la asistencia			
Centro o profesional			
Localidad y país			
Importe			
N.º reembolso			
<p>Exponga la causa de la reclamación y, si es de contenido económico, indique el importe total reclamado, con el detalle de los conceptos que la integran. En todo caso, tenga en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La reclamación deberá basarse en un incumplimiento del contrato por parte de la aseguradora.</li><li>• Las cuestiones que se refieran al ámbito propio del ejercicio profesional de los facultativos o de la actividad asistencial de los centros sanitarios no pueden ser objeto de reclamación por esta vía.</li><li>• Acompañe cuantos documentos puedan justificar el contenido de la reclamación.</li></ul>			
Fecha		Firma	

### GESTIÓN DIRECTA

Fecha		Contacto	
Resolución	<input type="checkbox"/> Reclamación resuelta		
	<input type="checkbox"/> Reclamación a analizar en Comisión Mixta		

### COMISIÓN MIXTA

Fecha			
Resolución	<input type="checkbox"/> Reclamación aceptada		
	<input type="checkbox"/> Reclamación denegada		
	<input type="checkbox"/> Desacuerdo		