

SOLICITUD DE REEMBOLSO

Para ofrecer un servicio rápido y eficaz, se ruega cumplimentar este impreso de la forma más precisa posible.

Forma de entrega

Web Correo Otros _____

Datos del Titular

Apellidos _____ Nombre _____
 Número de tarjeta MEDICARD _____ DNI _____
 Domicilio _____
 Teléfono _____ E-mail personal _____ E-mail profesional _____
 Personas de contacto _____

- Cuenta Corriente en España

Titular de la cuenta _____
 IBAN
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- Cuenta Corriente en Extranjero

Titular de la cuenta _____
 Nombre del banco _____
 Dirección del banco _____
 Modena _____ País _____
 IBAN
 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 SWIFT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Código ABA¹ | | | | | | | | | | | | | | | |

Datos del Titular

Nombre del paciente _____ Nº Registro² _____
 Fecha de realización ____ / ____ / ____ DNI _____
 Especialidad _____ Acto médico _____
 Importe _____ E-mail personal _____ E-mail profesional _____

Datos del Titular

Nombre del paciente _____ Nº Registro² _____
 Fecha de realización ____ / ____ / ____ DNI _____
 Especialidad _____ Acto médico _____
 Importe _____ E-mail personal _____ E-mail profesional _____

Datos del Titular

Fecha de ingreso ____ / ____ / ____ Fecha de alta ____ / ____ / ____
 Tratamiento realizado _____
 Motivo de ingreso _____

Adjunte a este impreso las facturas originales y documentación complementaria. Le recordamos que para su comodidad puede enviarnos la documentación que acompañe a este formulario al **Apartado de correos 20, 08960 Sant Just Desvern (Barcelona)** a la atención de la **Unidad de Reembolso de DKV**

En _____ a _____ de _____ de 20 _____ Firma del Asegurado

¹ Solo en el caso de cuentas corrientes en Estados Unidos.

² Solo en el caso de forma de entrega web. Es el número que se le proporciona después de realizar la autoliquidación por Internet de cada factura.

Importante: Utilizar un registro por factura.

Documentación necesaria

La documentación que acompañe a este formulario para el reembolso deberá reunir las siguientes condiciones:

- > Las **facturas originales** (no proforma ni fotocopias) deben estar abonadas e incluir:
 - Desglose detallado de los diferentes servicios o productos (especificando el número de consultas, sesiones y/o tratamientos efectuados, región anatómica...).
 - Nombre del paciente.
 - Fecha de realización de los actos médicos.

En caso de autoliquidación por web será necesaria la anotación manual del N° de Registro en la factura.

- > Con las facturas debe adjuntarse la **prescripción legible** del médico o profesional sanitario en los casos de:
 - Radiología convencional, mamografía, ecografía, doppler.
 - Análisis Clínicos habituales (Bioquímica, Hematología y Serología).
 - Tratamientos de Litotricia y Diálisis Renales.
 - Productos farmacéuticos.
 - Otras pruebas complementarias y tratamientos no especificados en el siguiente apartado.
- > Además de la **prescripción**, en los siguientes supuestos, debe presentar un **informe breve** con el diagnóstico:
 - Pruebas diagnósticas especiales: Resonancia Nuclear Magnética (RNM), Tomografía Axial Computerizada (TAC), Tomografía por Emisión de Positrones (PET), Medicina Nuclear, Polisomnografía, Neurofisiología, Pruebas Cardiológicas Especiales.
 - Pruebas diagnósticas invasivas: Endoscopias, Bronoscopias, Radiología y Cardiología Intervencionista.
 - Análisis Clínicos especiales: Estudios Hormonales Específicos, Estudios de Histocompatibilidad y Marcadores Tumorales.
 - Tratamientos de Rehabilitación y Logopedia.
 - Tratamientos de reproducción asistida.
 - Tratamientos de psicoterapia.
 - Tratamientos de medicina alternativa.
 - Traslados en ambulancia y otros medios de transporte que detalle el convenio.
 - Material protésico no quirúrgico.
- > Las facturas de ingresos **hospitalarios médico-quirúrgicos** y/o de los **honorarios médicos de los facultativos y personal auxiliar y/o de prótesis quirúrgicas** deberán acompañarse de una copia del **informe de alta**, firmado por el médico responsable.

Confidencialidad de la información

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos sobre la existencia de un fichero cuyo responsable es "DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E.", en el que van a incorporarse los datos personales manifestados en la presente solicitud de reembolso. Dichos datos personales van a ser tratados con la finalidad de gestionar la actividad aseguradora, para lo que podrán ser comunicados a MUFACE y a aquellas entidades que los precisen para la prestación de los servicios asegurados. El titular asume la obligación de comunicar a los demás beneficiarios que los datos han sido recogidos por DKV Seguros para su tratamiento.

Asimismo le informamos que para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, podrá dirigirse a **DKV Seguros (Asesoría Jurídica), Apartado de Correos 8021, 50018 Zaragoza** o a la dirección de e-mail **defensacliente@dkvseguros.es**.

DKV Seguros garantiza el tratamiento confidencial de toda la información suministrada, en especial la que contiene datos de salud, habiendo adoptado las medidas de seguridad contempladas en los Reglamentos de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999.