

INSTRUCCIONES PARA RELLENAR Y ENVIAR DOCUMENTACIÓN

1. Descargar la documentación
2. Rellenar todos los campos, o bien, rellenando las casillas *autorrellenables* del *pdf* en todas sus páginas o bien, imprimiéndolo y haciéndolo de forma manuscrita y con letra legible, preferiblemente en mayúsculas. Muy importante es que no dejes las casillas de NOMBRE, APELLIDOS, DNI Y FECHA DE NACIMIENTO sin rellenar.
3. Firmar la documentación en todas sus hojas.
4. Subir la documentación:
 - a) si lo has rellenado y firmado en digital, sube el archivo nuevo que has creado
 - b) si lo has impreso, rellenado y firmado de forma manual, tendrás que escanear la documentación y subir el archivo o archivos creados.

¿Tienes lista tu documentación?

Entrégala en nuestra delegación o súbela en el siguiente formulario.

Subir documentación



5. Ya está, tan solo te confirmaremos que todo está correcto en las próximas horas, y nos pondremos en contacto contigo si hay que corregir algo. **Bienvenido a Adeslas.**

FAQS (PREGUNTAS Y DUDAS MÁS COMUNES)

¿Puedo imprimir la documentación, rellenarla y acercarla en persona a la oficina comercial?

Si, puedes hacerlo sin problema. Estamos esperándote en la avenida de la Paz, de Almendralejo (Badajoz), o bien, nos puedes pedir cita en almdralejosalud.es o través de nuestros teléfonos 642 45 38 03 (móvil y WhatsApp), y 824 630 775 (oficina).

¿Os encargáis de todas las gestiones, incluyendo la entrega de la documentación en la sede de MUFACE teniendo en cuenta que es muy complicado conseguir cita para este tema?

Si, por eso firmas una hoja con la autorización de que seamos desde Adeslas quienes te realicemos esta gestión.

¿Si tengo más de 5 beneficiarios como los incluyo, solo me caben 5 en el formulario?

Puedes añadirlos imprimiendo una hoja más de beneficiarios, y si quieres donde pone beneficiario 1, lo tachas y pones 6, donde pone beneficiario 2 pones el 7... y así sucesivamente 😊.



CAMBIO DE ENTIDAD MÉDICA

IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE

REGISTRO DE PRESENTACIÓN

SERVICIO PROVINCIAL

OFICINA DELEGADA

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUD

DATOS DEL/DE LA TITULAR			
Número de afiliación		DNI/NIE	
Apellidos		Nombre	
Domicilio	Número, piso y letra	Municipio	Código postal
Provincia	Teléfono	Correo electrónico	

DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN			
<input type="checkbox"/> 1	Domicilio habitual	Domicilio	Número, piso y letra
<input type="checkbox"/> 2	Otro domicilio (detallar a continuación):		
Municipio	Código postal	Provincia	País

CAMBIO QUE SE SOLICITA		DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE	
Indique la Entidad a la que desea ser adscrito a efectos de asistencia sanitaria (de ser el Sistema Sanitario Público, haga constar "INSS") y, a continuación, marque con "X" la cuadrícula o cuadrículas correspondientes a la causa del cambio.		Siempre el que a continuación se indica, señalado con "X". Además, en su caso, el que proceda según tipo de cambio, marcando con "X" la cuadrícula correspondiente.	
ENTIDAD MÉDICA ACTUAL: <input type="text"/>		<input checked="" type="checkbox"/> Documento de Afiliación actual.	
ENTIDAD A LA QUE DESEA SER ADSCRITO/A: <input type="text"/>			
CAUSAS DEL CAMBIO	<input type="checkbox"/> Cambio ordinario dentro del mes de enero o junio.	Ningún otro documento.	
	<input type="checkbox"/> Cambio extraordinario, por apertura de plazo especial de elección de Entidad.	Ningún otro documento.	
	<input type="checkbox"/> Cambio extraordinario entre Entidades de seguro, con la conformidad de las dos entidades afectadas.	<input type="checkbox"/> Escritos acreditativos de la conformidad de las dos Entidades.	
	<input type="checkbox"/> Cambio extraordinario al INSS/Sistema Sanitario Público, por razones de asistencia médico-hospitalaria.	<input type="checkbox"/> Informe médico con diagnóstico del proceso patológico y razones que aconsejan su tratamiento en un centro del INSS/Sistema Sanitario Público.	

OTROS DOCUMENTOS:

DECLARO expresamente:

- Que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.
- Mi compromiso de permanecer DOS AÑOS adscrito/a al INSS/Sistema Sanitario Público a efectos de asistencia sanitaria (en caso de solicitud de cambio extraordinario a esta Entidad por razones de asistencia médico-hospitalaria).

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y con el artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten mediante el presente formulario serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar su adscripción de entidad prestadora de la asistencia sanitaria elegida por Vd. en el ámbito del Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 15, 16 y 17 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Sus datos personales serán cedidos a la entidad elegida para la prestación de la asistencia sanitaria, a las entidades gestoras de la Seguridad Social, así como al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión de datos, así como el resto de derechos en materia de protección de datos ante el responsable del tratamiento: el titular de Departamento de Prestaciones Sanitarias de la Mutualidad. Antes de acceder al formulario debe leer la siguiente información adicional sobre protección de datos personales en: http://www.muface.es/protecciondedatos Puede contactar con el Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad en la siguiente dirección de correo electrónico: DPDMuface@muface.es	LUGAR Y FECHA
	FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado/a (Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

R E S O L U C I Ó N

Para todos los expedientes de cambio de Entidad, excepto los de cambio extraordinario por apertura de plazo especial de elección de Entidad o al INSS/Sistema Sanitario Público por razones de asistencia médico-hospitalaria.

CONFORME

Queda APROBADO el cambio de Entidad solicitado.
Expídase nuevo Documento de Afiliación.

, a de de
EL/LA

Para los expedientes de cambio extraordinario cuando, por concurrir circunstancias objetivas que justifiquen el cambio de una pluralidad de Titulares afectados/as por el mismo problema de asistencia médica, la Dirección General de MUFACE haya acordado la apertura de plazo especial de elección.

Visto el acuerdo de la Dirección General de MUFACE de fecha , por el que se establece un plazo especial de elección de Entidad, queda APROBADO el cambio solicitado. Expídase nuevo Documento de Afiliación.

, a de de
EL/LA

Para los expedientes de cambio extraordinario al INSS/Sistema Sanitario Público, por razones de asistencia médico-hospitalaria, que deben ser remitidos previamente, con informe del Servicio si se estima conveniente, al Departamento de Prestaciones Sanitarias.

INFORME DEL/DE LA ASESOR/A MÉDICO/A

, a de de
EL/LA

RELACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA DELEGACIÓN | Adeslas

DATOS DEL TITULAR

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DIRECCIÓN: _____

D.N.I.: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONO: _____ MAIL: _____

BENEFICIARIO/A Nº 1

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

D.N.I.: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONO: _____ MAIL: _____

BENEFICIARIO/A Nº 2

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

D.N.I.: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONO: _____ MAIL: _____

BENEFICIARIO/A Nº 3

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

D.N.I.: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONO: _____ MAIL: _____

BENEFICIARIO/A Nº 4

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

D.N.I.: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONO: _____ MAIL: _____

BENEFICIARIO/A Nº 5

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

D.N.I.: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONO: _____ MAIL: _____

(*) Si el número de beneficiarios excede el de 5, puede volver a imprimir esta hoja y añadir los nuevos datos.



AUTORIZACIÓN

Titular: D^o/D^a _____, con
D.N.I. número _____ domicilio en _____
de la localidad de _____, afiliado/a MUFACE con el nº de afiliación
_____ y teléfono: _____

Autorizo a Alfonso M. Rodríguez Valle (*) con D.N.I. 08825545P a tramitar
los trámites pertinentes para la realización del cambio de entidad médica a **Adeslas**.

En _____, a _____ de _____ de _____.

El titular de Muface

Fmdo: _____

(*) Siendo esta persona un trabajador de SegurCaixa Adeslas.

Información básica sobre protección de datos: En cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de datos personales y la libre circulación de los mismos, le comunicamos que los datos que usted nos facilite quedarán incorporados y serán tratados en los ficheros titularidad de AlmendralejoSalud como nombre comercial, y Alfonso M. Rodríguez Valle con N.I.F.: 08825545P y dirección en avenida de la Paz nº 8, 06200 Almendralejo (Badajoz) con el fin de poderle prestar nuestros servicios, así como para mantenerle informado sobre cuestiones relativas a la actividad de la empresa. AlmendralejoSalud se compromete a tratar de forma confidencial los datos de carácter personal facilitados y a no comunicar o ceder dicha información a terceros. De acuerdo con dicha Ley, tiene derecho a ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, limitación, oposición y portabilidad de manera gratuita mediante correo electrónico a privacidad@almendralejosalud.es o bien en la dirección avenida de la Paz nº 8, 06200 Almendralejo (Badajoz).