

**SOLICITUD DE COMPENSACIÓN ECONÓMICA**  
**Subsidio Económico Médico-Quirúrgico (SEM-Q)**

**Datos del mutualista**

Nombre y apellidos

Dirección

Num. de mutualista o DNI

Centro trabajo

Correo electrónico

Teléfono

**Datos del causante del gasto**

Nombre y apellidos

**Diagnóstico o causa del gasto**

Importe efectivamente pagado del cual solicita la compensación económica: ..... EUR (€)

Ha recibido o recibirá compensación económica de otras entidades?

**NO SÍ**

..... EUR (€) De que entidad? .....

..... de ..... de .....

**Plazo para la presentación de las facturas: 2 MESES (desde su abono).**

**Requisitos:**

- Presentar factura original con constancia de pago.
- Para los tratamientos de rehabilitación, es necesaria prescripción facultativa.

Las facturas o recibos que se presenten deben cumplir los requisitos siguientes: nombre completo y NIF del paciente, fecha en que se ha realizado el tratamiento, e importe desglosado por partidas y conceptos. Debe estar confeccionada en un impreso del facultativo, clínica o centro médico hospitalario. En el impreso deberá constar el NIF y el número de colegiado, en el caso de los facultativos, y el CIF en el caso de clínicas y centros médicos u hospitalarios.



**NUEVO SERVICIO**

- Consultas médicas 24 h
- Segunda opinión

**932 935 228**

Firma del mutualista

Enviar a la Mutua, centro **90001**  
(antes 9099)