



Preguntas más frecuentes

*Para proporcionar información
adecuada al paciente en relación
con la asistencia sanitaria
transfronteriza**

Preguntas más frecuentes

para proporcionar información adecuada al paciente en relación con la asistencia sanitaria transfronteriza¹

Pacientes salientes*

Los **Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social***, y la **Directiva 2011/24/UE*** conceden el derecho a la asunción de costes de tratamiento médico* en cualquier otro Estado miembro de la UE* o del EEE*. La gama de servicios de asistencia sanitaria cubiertos, las condiciones de acceso al tratamiento médico* y las repercusiones financieras diferirán en función del régimen en virtud del cual el paciente reciba el tratamiento en el extranjero. En consecuencia, es muy importante que los pacientes reciban información correcta sobre las distintas consecuencias de ser tratados en virtud de uno u otro instrumento jurídico de la UE.

Corresponde a los puntos nacionales de contacto* (PNC) informar a los pacientes sobre su derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza* en otro país de la UE* o del EEE*. Además, los PNC están obligados a informar a los pacientes sobre la prioridad de los Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social*, cuando se cumplen las condiciones para conceder la autorización previa en ellos prevista. Por lo tanto, para poder cumplir su función informativa para los pacientes, es esencial que los PNC conozcan a la perfección las diferencias existentes entre los Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social, y la Directiva 2011/24/UE.

Los PNC pueden utilizar esta plantilla de preguntas más frecuentes en su sitio web o como punto de partida para aconsejar o informar de forma personal a los pacientes salientes sobre los derechos a asistencia sanitaria transfronteriza* que les corresponden tanto en virtud de los Reglamentos sobre la seguridad social* como de la Directiva 2011/24/UE*.

Invitamos a los PNC a copiar y pegar la totalidad o parte del documento en su sitio web o a utilizarlo cuando se comuniquen con los pacientes.

Exención de responsabilidad

El presente documento se redactó en virtud del programa de salud (2014-2020) en el marco de un contrato específico con la Agencia Ejecutiva de Consumidores, Salud, Agricultura y Alimentación (CHAFEA), que actúa bajo el mandato de la Comisión Europea. El contenido de este informe representa las opiniones del contratista y es responsabilidad exclusiva de este; de ningún modo debe considerarse que refleja las opiniones de la Comisión Europea o de la CHAFEA, ni de cualquier otro organismo de la Unión Europea. La Comisión Europea o la CHAFEA no garantizan la exactitud de los datos contenidos en este informe y declinan toda responsabilidad en relación con el uso que terceros hagan de él.

¹ En el glosario alfabético que acompaña a este documento de preguntas más frecuentes se recogen las definiciones y las explicaciones correspondientes a los conceptos seguidos de un asterisco (*).

Visión general

Derecho de los pacientes a la asistencia sanitaria transfronteriza
¿Qué es el derecho europeo a la «asistencia sanitaria transfronteriza»*?
¿Cuál es el marco jurídico de la asistencia sanitaria transfronteriza* en virtud del Derecho de la UE?
¿Qué es la Directiva 2011/24/UE, relativa a los derechos de los pacientes?
¿Qué son los Reglamentos sobre la seguridad social?
¿Dispongo de otras posibilidades para recibir tratamiento en el extranjero al margen del marco jurídico de la Directiva 2011/24/UE y los Reglamentos sobre la seguridad social*?
¿Tengo derecho a asistencia sanitaria transfronteriza?
¿En qué países puedo recibir tratamiento?
Tratamiento de urgencia durante mi estancia en el extranjero, como unas vacaciones, una visita familiar, un viaje de negocios o un intercambio de estudios
¿Qué ocurre si sufro una enfermedad o lesión repentina durante mi estancia en el extranjero?
¿Qué se entiende por «tratamiento necesario desde el punto de vista médico»*?
¿Qué ocurre si sé que existe la posibilidad de que pueda necesitar tratamiento durante mi estancia en el extranjero debido a mi enfermedad crónica o mi embarazo?
¿Qué es la tarjeta sanitaria europea*?
¿Cuándo puedo usar mi tarjeta sanitaria europea*?
¿Qué tratamientos cubre la tarjeta sanitaria europea*?
¿Qué ocurre si se me olvida llevar mi tarjeta sanitaria europea* o no la puedo utilizar?
¿Tendré que pagar de mi bolsillo el tratamiento en el extranjero o los costes serán asumidos directamente por mi servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad*?
¿A qué importe de cobertura tengo derecho?
¿Qué costes se pueden asumir?
¿Dónde puedo obtener información sobre cómo solicitar el reembolso?
¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión de mi servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* con respecto a mi solicitud de reembolso?
¿Necesito un seguro de viaje privado o un seguro de enfermedad privado o complementario?
¿Qué servicios de asistencia sanitaria cubrirá mi seguro privado?
¿Cómo sé a quién debo dirigirme y a qué prestador de asistencia sanitaria u hospital debo acudir si sufro una enfermedad o una lesión repentina en el extranjero?
Obtención de asistencia sanitaria en el extranjero (tratamiento planificado en el extranjero)
¿Tengo derecho a solicitar un tratamiento en el extranjero?
¿Qué diferencias existen entre solicitar un tratamiento en el extranjero en virtud de los Reglamentos sobre la seguridad social* o de la Directiva 2011/24/UE*?
¿Qué tipo de tratamiento puedo solicitar en el extranjero?
La telemedicina*, ¿también está cubierta?
¿Qué se entiende por «autorización previa»*?
¿Necesito siempre una autorización previa* de mi servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* antes de viajar al extranjero?
¿Puedo elegir entre presentar una solicitud de autorización previa* en virtud de los Reglamentos sobre la seguridad social* o en virtud de la Directiva 2011/24/UE?
¿Dónde puedo obtener información sobre cómo presentar una solicitud de autorización previa*?
¿Qué institución se ocupa de conceder la autorización previa*?
¿Qué ocurre si recibo tratamiento en el extranjero sin haber obtenido la autorización previa*?

necesaria?
¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión de mi servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* con respecto a mi solicitud de autorización previa*?
¿Necesito una remisión para poder acceder al tratamiento en el extranjero?
¿Tendré que pagar el tratamiento?
¿A qué importe de cobertura tengo derecho?
¿Dónde puedo conseguir información sobre los precios del tratamiento que deseo recibir?
¿Qué costes se pueden asumir?
¿Dónde puedo obtener información sobre cómo solicitar el reembolso?
¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión de mi servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* con respecto a mi solicitud de reembolso?
¿Cómo puedo informarme de las opciones de tratamiento en el extranjero?
¿Cómo sé a qué prestador de asistencia sanitaria en el extranjero debo dirigirme?
Calidad y seguridad
¿Dónde puedo conseguir información sobre la calidad del tratamiento en otro país?
¿Dónde puedo conseguir más información sobre un prestador de asistencia sanitaria o un hospital concreto?
Historial médico e idioma
¿Dónde puedo conseguir información sobre el idioma del tratamiento en otro país?
¿Cómo organizo la transferencia de mi historial médico al extranjero?
Medidas de seguimiento
¿Qué ocurre si necesito medidas de seguimiento después de someterme al tratamiento en el extranjero?
Reclamaciones y reparación
¿Qué ocurre si no quedo satisfecho con el tratamiento recibido en el extranjero o si surge algún problema?
¿Dónde puedo conseguir más información sobre mis posibilidades de reclamar y pedir reparación?
Extensión de recetas en el extranjero
¿Puedo presentar en una farmacia ubicada en el extranjero recetas extendidas por el prestador de asistencia sanitaria que me haya dispensado el tratamiento en mi país de origen?
¿Sigo teniendo derecho a la asunción de costes de los medicamentos recetados si los compro en el extranjero?
Puntos nacionales de contacto
¿Qué son los puntos nacionales de contacto?
¿Cómo puedo contactar con un punto nacional de contacto?
Enfermedades raras
¿Qué posibilidades tengo de obtener en el extranjero un tratamiento nuevo o alternativo que no está disponible en mi país de origen*?
¿Qué son las redes europeas de referencia?
¿Dónde puedo conseguir información sobre las organizaciones de pacientes de otro país?
Residencia en el extranjero
¿Qué ocurre con mi afiliación a la seguridad social si tengo previsto instalarme en el extranjero?
¿Quién debe concederme la autorización previa para la asistencia sanitaria transfronteriza si resido fuera de mi país de afiliación a la seguridad social?
¿Tengo derecho a asistencia sanitaria durante una estancia en mi país de afiliación a la seguridad social?

¿A qué punto nacional de contacto debo dirigirme para obtener más información? ¿Al punto nacional de contacto de mi país de afiliación a la seguridad social o al punto nacional de contacto de mi país de residencia?

① Derechos de los pacientes en relación con la asistencia sanitaria transfronteriza

1.1. Definición y marco jurídico de la asistencia sanitaria transfronteriza

¿Qué es el derecho europeo a la «asistencia sanitaria transfronteriza»*?
<p>En virtud del Derecho de la UE, la asistencia sanitaria transfronteriza* (comúnmente denominada «<i>tratamiento en el extranjero</i>») se puede definir como la asistencia sanitaria recibida fuera del país de origen* del paciente, en cualquier otro país de la UE* o del EEE*, sin necesidad de que exista una frontera geográfica entre ambos países.</p> <p>Como ciudadano de la UE* o del EEE*, tiene derecho a asistencia sanitaria transfronteriza*, es decir, <i>el derecho a acceder a diagnóstico y tratamiento médicos, así como a la prescripción, la dispensación y el suministro de medicamentos y productos sanitarios en cualquier país de la UE* o del EEE* y a disfrutar de la asunción de los costes por parte de su país de origen*</i>. En consecuencia, tendrá derecho a no ser discriminado sobre la base de su ciudadanía con respecto al acceso y a los precios de la asistencia sanitaria en Europa.</p>
¿Cuál es el marco jurídico de la asistencia sanitaria transfronteriza* en virtud del Derecho de la UE?
<p>En virtud del Derecho de la UE, existen dos vías posibles para acceder a la asistencia sanitaria transfronteriza* y disfrutar de la asunción de costes por cuenta de su sistema de seguridad social:</p> <ul style="list-style-type: none">• los Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social*;• la Directiva 2011/24/UE*, relativa a los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. <p>Ambos instrumentos jurídicos se aplican de forma coherente a la situación de tratamiento en el extranjero. En consecuencia, tiene derecho a elegir en virtud de cuál de ellos prefiere ejercer sus derechos en relación con la asistencia sanitaria transfronteriza*.</p> <p>Infórmese bien de los distintos principios subyacentes de cada uno de estos instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Conforme a los Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social*, tiene derecho a la asunción de los costes de su tratamiento en el extranjero <i>del mismo modo que si estuviera afiliado al sistema de seguridad social del país de tratamiento*</i>.• Conforme a la Directiva 2011/24/UE*, tiene derecho a la asunción de los costes de su tratamiento en el extranjero <i>del mismo modo que si el tratamiento se hubiera dispensado en su país de origen*</i>. <p>Estos puntos de partida distintos dan lugar a diferencias entre la gama de servicios de asistencia sanitaria cubiertos, las condiciones de acceso al tratamiento médico y las repercusiones financieras de ambos regímenes.</p>
¿Qué es la Directiva 2011/24/UE, relativa a los derechos de los pacientes?
<p>Conforme a la Directiva 2011/24/UE*, de 9 de marzo de 2011, relativa a los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, todos los ciudadanos de la UE* o del EEE* gozan de <i>nuevas posibilidades para acceder a asistencia sanitaria en el extranjero</i> y tienen derecho a la asunción de la totalidad o de una parte de los costes médicos, además de las posibilidades que ya existen en virtud de los Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social*. Además,</p>

- la Directiva 2011/24/EU* *facilita el acceso a la información* sobre todos los aspectos pertinentes de la asistencia sanitaria transfronteriza* y lo hace, por ejemplo, obligando a los Estados miembros a instalar puntos nacionales de contacto* (PNC*) que proporcionen información clara y fácilmente accesible a los pacientes.
- Con vistas a garantizar una asistencia sanitaria segura y de elevada calidad en el extranjero, la Directiva 2011/24/EU* establece un *conjunto mínimo de derechos de los pacientes* destinados a reforzar la situación jurídica de los pacientes móviles y a garantizar la transparencia de los procedimientos de reclamación y reparación en caso de que surja algún problema.
- La Directiva 2011/24/EU* fomenta la *cooperación entre países* (por ejemplo, mediante el establecimiento de las redes europeas de referencia* o la sanidad electrónica), con intención de ofrecer a los pacientes que precisan un tratamiento especializado o a los pacientes que padecen enfermedades raras la posibilidad de elegir entre un amplio abanico de prestadores de asistencia sanitaria y de acceder a tratamientos alternativos o especializados en el extranjero de una forma más sencilla.

Conforme a la Directiva 2011/24/EU*, los pacientes tienen derecho a acceder a asistencia sanitaria en cualquier país de la UE* o del EEE* y a beneficiarse de la asunción de costes del mismo modo que si el tratamiento se hubiera dispensado en su país de origen*.

En consecuencia, en caso de recibir tratamiento en el extranjero en virtud de la Directiva 2011/24/EU*, deberá abonar por adelantado el tratamiento en el extranjero a su prestador de asistencia sanitaria. Posteriormente, tendrá derecho a reembolso* con carácter retroactivo por parte de su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro obligatorio de enfermedad* cuando regrese a su país, conforme a las normas y las tarifas que se apliquen al tratamiento nacional dispensado en su país de origen*.

La Directiva 2011/24/EU solo se aplica en caso de que el tratamiento recibido en el extranjero esté cubierto por el sistema de seguridad social de su país de origen*. Si un tratamiento no está cubierto por su seguro público de enfermedad, tampoco tendrá derecho al reembolso* si lo ha recibido en el extranjero. Sin embargo, cuando el tratamiento sí esté incluido en las prestaciones por enfermedad cubiertas por su sistema de seguridad social, también tendrá derecho al reembolso* si ha recibido el tratamiento en el extranjero, con independencia de que haya sido dispensado por un prestador de asistencia sanitaria público* o privado*.

La asistencia sanitaria transfronteriza en Suiza* queda excluida de la Directiva 2011/24/EU*.

¿Qué son los Reglamentos sobre la seguridad social?

Los Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social*, comprenden:

- el Reglamento (CE) n.º 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social;
- el Reglamento (CE) n.º 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) n.º 883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social (denominado también el «*Reglamento de Ejecución*»).

El objetivo de los Reglamentos sobre la seguridad social es coordinar los sistemas de seguridad social y garantizar la protección de los ciudadanos de la UE*, del EEE* y de Suiza cuando estos se muden o viajen a otro país de la UE* o del EEE* o a Suiza*. Los Reglamentos prevén un amplio abanico de posibilidades para acceder a un tratamiento fuera del país de origen del paciente:

- tratamiento necesario desde el punto de vista médico en virtud de la tarjeta sanitaria europea* durante una estancia de corta duración en el extranjero, como unas vacaciones, un viaje de

- negocios, una visita familiar, etc. (también denominado «*tratamiento no planificado*»);
- solicitud de asistencia sanitaria en el extranjero con la autorización previa* (formulario S2*) del servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* del paciente (también denominado «*tratamiento planificado*»);
 - acuerdo especial permanente para trabajadores desplazados, trabajadores fronterizos y pensionistas que residen fuera de su país de afiliación a la seguridad social.

Conforme a los Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social*, los pacientes tienen derecho a la asunción de los costes de su tratamiento en el extranjero *del mismo modo que si estuvieran afiliados al sistema de seguridad social del país de tratamiento**.

Tiene derecho a recibir asistencia sanitaria en virtud del sistema de seguridad social del país que visita con solo mostrar un documento que acredite su afiliación al sistema de seguridad social de su país de origen: la tarjeta sanitaria europea* en el caso de tratamientos no planificados y el formulario S2* europeo para tratamientos planificados.

Los Reglamentos sobre la seguridad social* se aplican a toda la asistencia sanitaria incluida en las prestaciones por enfermedad cubiertas por el sistema de seguridad social del país de tratamiento*. En consecuencia, puede recibir tratamientos no incluidos en los servicios cubiertos por su seguro público de enfermedad en su país de origen*.

Se beneficiará de la asunción de costes conforme al método de pago y las tarifas aplicadas en el país de tratamiento*. Como resultado de ello, casi siempre recibirá tratamiento gratuito (pago a cargo de terceros*), a veces combinado con un importe de copago* limitado. No obstante, cuando tenga que abonar todos los costes del tratamiento por adelantado, puede solicitar el reembolso* con carácter retroactivo, bien a través de la autoridad local de seguridad social durante su estancia en el extranjero, o bien a través de su propio servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* a su regreso. De cualquier forma, se aplicará la tarifa de reembolso* del país de tratamiento*.

En algunos casos, los pacientes podrán recibir asistencia sanitaria en el extranjero en virtud de un acuerdo permanente:

(! Los familiares de un trabajador fronterizo que residan en un país enumerado en el anexo III del Reglamento (CE) n.º 883/2004 están excluidos de los acuerdos especiales establecidos a continuación).*

- Los trabajadores (desplazados), incluidos los trabajadores fronterizos*, que residen en un país distinto al país de trabajo y de afiliación a la seguridad social tienen derecho a recibir asistencia sanitaria durante una estancia en el país de trabajo por cuenta de dicho país y conforme a su propia legislación, del mismo modo que si la persona en cuestión residiera en dicho país.
- Los pensionistas que viven fuera de su país de afiliación a la seguridad social pueden tener derecho a recibir asistencia sanitaria durante una estancia en su país de afiliación a la seguridad social por cuenta de dicho país y conforme a su propia legislación, del mismo modo que si la persona en cuestión residiera en dicho país [solo aplicable cuando el país de afiliación a la seguridad social haya optado por este acuerdo y figure en el anexo IV del Reglamento (CE) n.º 883/2004*].
- Los trabajadores fronterizos jubilados conservan su derecho a ser tratados en el país en el que desarrollaron su última actividad laboral, siempre que se trate de la continuación de un tratamiento que comenzó durante la actividad. En algunos casos, un trabajador fronterizo jubilado conservará su derecho a recibir asistencia sanitaria en el anterior país de trabajo, con independencia de que se trate de una continuación del tratamiento o no, por cuenta de dicho país y conforme a su propia legislación, del mismo modo que si la persona en cuestión residiera en dicho país. Este es el caso de personas que han trabajado como trabajadores fronterizos al menos durante dos de los últimos cinco años antes de la fecha efectiva de su pensión y con la condición de que tanto el anterior Estado miembro de trabajo como el Estado de afiliación a la seguridad

social hayan optado por este acuerdo y figuren en el anexo V del Reglamento (CE) n.º 883/2004*.

¿Dispongo de otras posibilidades para recibir tratamiento en el extranjero al margen del marco jurídico de la Directiva 2011/24/UE y los Reglamentos sobre la seguridad social*?

Dado que la seguridad social es competencia de los Estados miembros, puede que también tenga derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza* con arreglo a la legislación puramente nacional, como, por ejemplo, en el marco de proyectos sanitarios nacionales para regiones fronterizas.

Infórmese sobre las distintas opciones relacionadas con el acceso a asistencia sanitaria en el extranjero a través de su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro obligatorio de enfermedad*.

1.2. ¿Quién tiene derecho a asistencia sanitaria transfronteriza? ¿Qué países están cubiertos?

¿Tengo derecho a asistencia sanitaria transfronteriza?

Los Reglamentos sobre la seguridad social* se aplican a:

- los nacionales, los apátridas y los refugiados que residen en un país de la UE* o del EEE* o en Suiza y que están o han estado sujetos a la legislación sobre seguridad social de uno o más de esos países, así como a sus familiares y supérstites;
- los nacionales de países no pertenecientes a la UE* o al EEE* que residen legalmente en un país de la UE* o del EEE* o en Suiza*, a excepción de los nacionales de países no pertenecientes a la UE* o al EEE* que residen en Dinamarca, Islandia, Liechtenstein, Noruega o Suiza.

La Directiva 2011/24/UE* se aplica a:

- los nacionales, los apátridas y los refugiados que residen en un país de la UE* o del EEE* y que están o han estado sujetos a la legislación sobre seguridad social de uno o más de estos países, así como a sus familiares y supérstites;
- los nacionales de países no pertenecientes a la UE* o al EEE* que residen legalmente en un país de la UE* o del EEE*, incluidos los nacionales de países no pertenecientes a la UE* o al EEE* que residen en Dinamarca, Islandia, Liechtenstein, Noruega o Suiza.

¿En qué países puedo recibir tratamiento?

En virtud de los Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social, puede acceder a asistencia sanitaria en cualquier país de la UE* o del EEE* y en Suiza*.

Conforme a la Directiva 2011/24/UE*, puede acceder a asistencia sanitaria en cualquier país de la UE* o del EEE. Sin embargo, la Directiva no se aplica a la asistencia sanitaria transfronteriza en Suiza.

② Tratamiento de urgencia durante mi estancia en el extranjero, como unas vacaciones, una visita familiar, un viaje de negocios o un intercambio de estudios

2.1. Enfermedad o lesión repentina durante una visita en el extranjero

¿Qué ocurre si sufro una enfermedad o lesión repentina durante mi estancia en el extranjero?

Si se pone enfermo o sufre una lesión durante su estancia en el extranjero (por ejemplo, a causa de un accidente de esquí, un accidente de coche o una caída desafortunada), tendrá derecho al tratamiento

necesario desde el punto de vista médico* y a disfrutar de la asunción de costes en virtud de su afiliación a la seguridad social o de su derecho a acceder a los servicios sanitarios públicos en su país de origen*.

La forma más habitual de disfrutar de la asunción de los costes consiste en presentar su tarjeta sanitaria europea* al prestador de asistencia sanitaria que le dispense el tratamiento en el extranjero. La tarjeta sanitaria europea* es una tarjeta gratuita expedida por su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro obligatorio de enfermedad* que acredita que está afiliado al sistema de seguridad social de su país de origen*.

Con solo mostrar la tarjeta sanitaria europea*, tendrá derecho al tratamiento necesario desde el punto de vista médico* en virtud de los Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social*: tendrá derecho a la asistencia sanitaria *como si estuviera afiliado al sistema de seguridad social del país que visita* (y, por tanto, como un paciente nacional con seguro público de enfermedad). Se beneficiará de la asunción de costes conforme al método de pago y las tarifas aplicadas en el país que visita. Como resultado de ello, en la mayoría de los casos recibirá tratamiento gratuito (pago a cargo de terceros*), a veces combinado con un importe de copago* limitado. No obstante, cuando tenga que abonar todos los costes del tratamiento por adelantado, puede solicitar el reembolso* con carácter retroactivo, bien a través de la autoridad local de seguridad social durante su estancia en el extranjero, o bien a través de su propio servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* a su regreso. De cualquier forma, se aplicará la tarifa de reembolso* del país de tratamiento*.

Tenga en cuenta que solo puede utilizar su tarjeta sanitaria europea* cuando el tratamiento lo dispense un hospital público o un prestador de asistencia sanitaria público*. La asistencia sanitaria dispensada por un prestador de asistencia sanitaria privado* o en un hospital privado no suele estar cubierta, salvo en algunos casos en los que el prestador de asistencia sanitaria privado o el hospital privado esté afiliado al sistema de seguridad social y tenga derecho a prestar servicios amparados por la legislación sobre seguridad social.

Si recibe tratamiento sin tener una tarjeta sanitaria europea* válida o no puede usar su tarjeta (por ejemplo, porque recibe tratamiento en un hospital privado), será tratado como un paciente privado. En ese caso, tendrá que asumir el coste del tratamiento o solicitar el reembolso conforme a la Directiva 2011/24/UE*.

Conforme a la Directiva 2011/24/UE, tiene derecho a reembolso* con carácter retroactivo por parte de su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro obligatorio de enfermedad* cuando regrese a su país, conforme a las normas y las tarifas que se aplican al tratamiento nacional dispensado en su país de origen*.

Sin embargo, debe tener en cuenta que la Directiva 2011/24/UE* solo se aplica en caso de que el tratamiento recibido en el extranjero esté cubierto por el sistema de seguridad social de su país de origen*. Si un tratamiento no está cubierto por su seguro público de enfermedad, tampoco tendrá derecho al reembolso* si lo ha recibido en el extranjero. Sin embargo, cuando el tratamiento sí esté incluido en las prestaciones por enfermedad cubiertas por su sistema de seguridad social, también tendrá derecho al reembolso* si ha recibido el tratamiento en el extranjero, con independencia de que haya sido dispensado por un prestador de asistencia sanitaria público* o privado*.

Tenga en cuenta que la asistencia sanitaria transfronteriza* en Suiza* queda excluida de la Directiva 2011/24/UE*.

Diríjase a su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* y al punto nacional de contacto* de su país de origen* para obtener más información.

¿Qué se entiende por «tratamiento necesario desde el punto de vista médico»*?

Un tratamiento necesario desde el punto de vista médico* es un tratamiento que debe dispensarse debido a una enfermedad o una lesión repentina durante una visita de corta duración en el extranjero, como unas vacaciones, un viaje de negocios, una visita familiar o un intercambio de estudios, que no se puede aplazar y que usted debe recibir para no verse obligado a regresar a su país de origen antes de lo previsto. El tratamiento no puede ser en ningún caso la razón inicial de su estancia en el extranjero.

Un tratamiento necesario desde el punto de vista médico*, también denominado «tratamiento no planificado»* en el extranjero, es lo opuesto a la situación en la que viaja al extranjero con la finalidad expresa de acceder a asistencia sanitaria, también denominada «tratamiento planificado»* en el extranjero:

- Tratamiento no planificado*: necesita un tratamiento necesario desde el punto de vista médico* debido a una enfermedad o una lesión repentina durante su estancia en el extranjero, por ejemplo, durante unas vacaciones, un viaje de negocios, una visita familiar o un intercambio de estudios.
- Tratamiento planificado*: el tratamiento en el extranjero es la razón de su estancia en el extranjero.

Su tarjeta sanitaria europea* solo cubrirá el tratamiento necesario desde el punto de vista médico*.

¿Qué ocurre si sé que existe la posibilidad de que pueda necesitar tratamiento durante mi estancia en el extranjero debido a mi enfermedad crónica o mi embarazo?

La tarjeta sanitaria europea* también le cubre si sufre una enfermedad crónica (como diabetes, asma, cáncer o nefropatía crónica) o si está embarazada, y si sabe de antemano que existe la posibilidad de que pueda necesitar tratamiento médico* durante su estancia en el extranjero. Siempre y cuando la finalidad expresa de su viaje no fuera acceder a un tratamiento médico*, como dar a luz o recibir un tratamiento relacionado con el embarazo o con una enfermedad crónica, este se considerará un tratamiento necesario desde el punto de vista médico* conforme a los Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social*.

Tenga en cuenta que, en caso de asistencia de carácter vital que requiera equipos o personal especializados, debe obtener un acuerdo previo del hospital o del centro sanitario en el que desea obtener el tratamiento. De esta forma, la institución extranjera puede garantizar la disponibilidad y la continuidad de su tratamiento durante su estancia en el extranjero. Ejemplos de un tratamiento de esta índole son la diálisis renal, la terapia con oxígeno, el tratamiento especial para el asma y la quimioterapia.

2.2. La tarjeta sanitaria europea

¿Qué es la tarjeta sanitaria europea*?

La tarjeta sanitaria europea* (TSE*) es una tarjeta gratuita expedida por su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro obligatorio de enfermedad* que acredita que está afiliado al sistema de seguridad social de su país de origen* y que, por tanto, tiene derecho a asistencia sanitaria pública. La TSE* le permite beneficiarse de la asunción de los costes de un tratamiento necesario desde el punto de vista médico* durante una estancia de corta duración en otro país de la UE* o del EEE* o en Suiza*, como unas vacaciones o un intercambio de estudios, en las mismas condiciones y al mismo precio (gratis en la mayor parte de los países) que los pacientes nacionales con seguro público de enfermedad en virtud del sistema de seguridad social de dicho país [es decir, asistencia sanitaria transfronteriza* en virtud de los Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social*].

- Puede solicitar la tarjeta sanitaria europea* a su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro obligatorio de enfermedad*.
- La tarjeta se expide gratuitamente.
- Cada miembro de la familia debe tener su propia tarjeta.

Tenga en cuenta que solo puede utilizar su tarjeta sanitaria europea* cuando el tratamiento lo dispense un hospital público o un prestador de asistencia sanitaria público*. La asistencia sanitaria dispensada por un prestador de asistencia sanitaria privado* o en un hospital privado no suele estar cubierta, salvo en algunos casos en los que el prestador de asistencia sanitaria privado o el hospital privado esté afiliado al sistema de seguridad social y tenga derecho a prestar servicios amparados por la legislación sobre seguridad social.

Además, los nacionales de países no pertenecientes a la UE* o al EEE* que residen legalmente en un país de la UE* o del EEE* no pueden utilizar su tarjeta sanitaria europea* para recibir tratamiento no planificado durante una estancia temporal en Dinamarca, Islandia, Liechtenstein, Noruega ni Suiza.

Si desea más información sobre la tarjeta sanitaria europea* y sobre cómo utilizarla en los Estados miembros de la UE* y del EEE* o en Suiza*, dirijase a su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* o al punto nacional de contacto*, o descargue la aplicación gratuita de la TSE* de la Comisión Europea («Aplicación para móvil de la tarjeta sanitaria europea», disponible en veinticinco idiomas).

¿Cuándo puedo usar mi tarjeta sanitaria europea*?

- La tarjeta sanitaria europea* solo se puede usar para recibir tratamiento necesario desde el punto de vista médico* durante una estancia temporal (vacaciones, viaje de negocios, etc.) en otro país de la UE* o del EEE* o en Suiza*.
- La tarjeta sanitaria europea* solo cubre la asistencia sanitaria prestada por un hospital público o por un prestador de asistencia sanitaria público*. La asistencia sanitaria dispensada por un prestador de asistencia sanitaria privado* o en un hospital privado no suele estar cubierta, salvo en algunos casos en los que el prestador de asistencia sanitaria privado o el hospital privado esté afiliado al sistema de seguridad social y tenga derecho a prestar servicios amparados por la legislación sobre seguridad social.
- Además, la tarjeta sanitaria europea* solo cubrirá los costes de su tratamiento médico* cuando el tratamiento en cuestión esté incluido en las prestaciones por enfermedad cubiertas por la legislación sobre seguridad social del país que visita.
- El prestador de asistencia sanitaria en el extranjero solo aceptará una tarjeta sanitaria europea* válida. Si está planificando un viaje al extranjero, solicite la tarjeta con bastante antelación. No olvide renovar puntualmente su tarjeta cuando sea necesario.

Tenga en cuenta que los nacionales de países no pertenecientes a la UE* o al EEE* que residen legalmente en un país de la UE* o del EEE* no pueden utilizar su tarjeta sanitaria europea* para recibir tratamiento no planificado durante una estancia temporal en Dinamarca, Islandia, Liechtenstein, Noruega ni Suiza.

¿Qué tratamientos cubre la tarjeta sanitaria europea*?

La tarjeta sanitaria europea* solo cubre los tratamientos necesarios desde el punto de vista médico* (tratamiento no planificado*) que estén cubiertos por el sistema de seguridad social del país que visita y sean dispensados por un prestador de asistencia sanitaria público*.

En general, el tratamiento dispensado por un prestador de asistencia sanitaria privado* o en un hospital privado no estará cubierto, salvo en algunos casos en los que el prestador de asistencia

sanitaria privado o el hospital privado esté afiliado al sistema de seguridad social y tenga derecho a prestar servicios amparados por la legislación sobre seguridad social.

¿Qué ocurre si se me olvida llevar mi tarjeta sanitaria europea* o no la puedo utilizar?

Si necesita tratamiento urgente pero no lleva la tarjeta sanitaria europea* consigo o si el prestador de asistencia sanitaria que le dispense el tratamiento en el extranjero no la acepta, póngase en contacto con su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* lo antes posible. Ellos podrán enviar un justificante de la cobertura de su seguro de enfermedad a las instituciones locales, de forma que usted no tenga que pagar por adelantado.

Si, a pesar de todo, no aceptan su tarjeta, puede solucionar este problema a través de SOLVIT. SOLVIT recuerda a las autoridades cuáles son los derechos de los pacientes en la UE y trabaja con ellas para resolver el problema. Si desea más información, visite la página web de SOLVIT: http://ec.europa.eu/solvit/index_es.htm

Si recibe tratamiento sin tener una tarjeta sanitaria europea* válida o no puede utilizar su tarjeta (por ejemplo, porque recibe tratamiento en un hospital privado), será tratado como un paciente privado. En ese caso, tendrá que asumir el coste del tratamiento o solicitar el reembolso conforme a la *Directiva 2011/24/UE**.

Conforme a la *Directiva 2011/24/UE**, tiene derecho a solicitar el reembolso* de los gastos de asistencia sanitaria en que haya incurrido en el extranjero en las mismas condiciones y al mismo precio que si el tratamiento se hubiera dispensado en su país de origen*.

La *Directiva 2011/24/UE** también se aplica a la asistencia sanitaria dispensada en un hospital privado o por un prestador de asistencia sanitaria privado* que no esté afiliado al sistema de seguridad social. Si el tratamiento en cuestión está cubierto por el sistema de seguridad social de su país de origen, también tendrá derecho a reembolso* cuando reciba el tratamiento en cualquier país de la UE* o del EEE*, con independencia de que este haya sido dispensado por un prestador de asistencia sanitaria público* o privado*.

Principios fundamentales de la *Directiva 2011/24/UE**:

- solo tiene derecho al tratamiento que esté cubierto por el sistema de seguridad social de su país de origen*;
- debe abonar todos los costes por adelantado*;
- cuando regrese a su país de origen, podrá solicitar el reembolso* a su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad*;
- el importe del reembolso de los gastos médicos será, como máximo, el importe que le habría sido reembolsado si hubiera recibido el tratamiento en su país de origen.

Tenga en cuenta que la asistencia sanitaria transfronteriza* en Suiza* queda excluida de la *Directiva 2011/24/UE**.

2.3. ¿Qué ocurre con los costes del tratamiento que he recibido?

¿Tendré que pagar de mi bolsillo el tratamiento en el extranjero o los costes serán asumidos directamente por mi servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad*?

El hecho de que los costes del tratamiento sean directamente asumidos por su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* (pago a cargo de terceros*) o de que sea usted quien tenga que pagar los costes por adelantado y solicitar el reembolso* posteriormente depende de si ha

recibido tratamiento necesario desde el punto de vista médico* en virtud de los Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009 sobre seguridad social*, utilizando su tarjeta sanitaria europea, o en virtud de la Directiva 2011/24/UE*, por ejemplo, en caso de que haya sido tratado en un hospital privado.

- Conforme a los Reglamentos sobre la seguridad social*, el método de pago dependerá del sistema implantado en el país de tratamiento*. Dado que será tratado como si estuviera afiliado al sistema de seguridad social del país de tratamiento*, disfrutará de los mismos derechos en relación con el método de pago que un paciente nacional con seguro público de enfermedad. Pueden presentarse dos posibilidades:
 - ❖ Que el tratamiento que necesite sea gratuito (que es lo más habitual), a veces combinado con un importe de copago* limitado, en cuyo caso los costes serán liquidados directamente entre el prestador de asistencia sanitaria y la autoridad de seguridad social del país de tratamiento. Seguidamente, la autoridad extranjera se coordinará automáticamente con el servicio nacional de salud* /proveedor de seguro de enfermedad* de su país de origen para obtener el reembolso sin que usted tenga que hacer nada más.
 - ❖ Que tenga que abonar todos los costes del tratamiento y solicitar el reembolso* posteriormente, bien a través de la autoridad local de seguridad social durante su estancia en el extranjero, o bien a través de su propio servicio nacional de salud* /proveedor de seguro de enfermedad* a su regreso. De cualquier forma, se aplicará la tarifa de reembolso* del país de tratamiento*.
- Conforme a la Directiva 2011/24/UE*, siempre debe efectuar el pago anticipado* de su tratamiento. Deberá pagar todas las facturas directamente al prestador de asistencia sanitaria o al hospital en el extranjero. Cuando regrese a su país de origen, podrá solicitar el reembolso* a su servicio nacional de salud* /proveedor de seguro obligatorio de enfermedad*. Estos aplicarán la misma tarifa de reembolso* que se aplica al tratamiento dispensado en su país de origen*.

¿A qué importe de cobertura tengo derecho?

La cuantía de los costes que se asumirán depende de si ha recibido tratamiento necesario desde el punto de vista médico* en virtud de los Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social*, utilizando su tarjeta sanitaria europea*, o en virtud de la Directiva 2011/24/UE*, por ejemplo, en caso de que haya sido tratado en un hospital privado.

- Conforme a los Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social*, los costes serán asumidos con arreglo al importe previsto en la normativa y la legislación del país de tratamiento*.
- Conforme a la Directiva 2011/24/UE*, los costes serán asumidos con arreglo al importe previsto en la normativa y la legislación de su país de origen*.

¿Qué costes se pueden asumir?

Dado que, conforme a los Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social* y a la Directiva 2011/24/UE*, solo tiene derecho a la asunción de costes como resultado de su afiliación a la seguridad social en su país de origen, solo se tendrán en cuenta los costes médicos resultantes directamente del tratamiento. Los costes adicionales, como los costes de viaje y alojamiento, sustento, repatriación o analgésicos de venta sin receta médica, correrán por su cuenta. No obstante, estos costes podría cubrirlos su seguro de viaje privado/seguro de enfermedad privado o complementario.

Tenga en cuenta que, en virtud de los Reglamentos sobre la seguridad social*, sus costes de viaje y alojamiento en el extranjero podrían estar cubiertos si la legislación nacional contempla el reembolso

de esos costes y establece que son inseparables del tratamiento, en caso de que este se haya dispensado en su país de origen.

¿Dónde puedo obtener información sobre cómo solicitar el reembolso?

Si necesita información sobre cómo solicitar el reembolso*, incluidos los procedimientos aplicables, los documentos necesarios y los plazos pertinentes, su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* o el punto nacional de contacto* de su país de origen podrán ayudarle.

¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión de mi servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* con respecto a mi solicitud de reembolso?

¿Qué ocurre si no está de acuerdo con el importe que su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* decide reembolsarle? ¿O qué ocurre si su solicitud de reembolso* es rechazada porque ha superado los plazos aplicables o porque no pudo presentar todos los documentos necesarios, como los recibos originales?

Tiene derecho a recurrir cualquier decisión de su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro obligatorio de enfermedad* con respecto a la asunción de los costes del tratamiento médico necesario* que haya recibido en el extranjero. Si no está de acuerdo con una decisión relacionada con su solicitud de reembolso* de los costes médicos en que ha incurrido en el extranjero, primero puede pedir a su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro obligatorio de enfermedad* que reconsidere su decisión. Si no llegan a un acuerdo, puede presentar una reclamación y pedir reparación conforme a los procedimientos establecidos en su país de origen*. Tenga en cuenta que existen determinados plazos para iniciar los procedimientos de presentación de reclamaciones y petición de reparación. Debe tener cuidado de que dichos plazos no expiren durante su intento de llegar a un acuerdo, ya que, si eso ocurre, no podrá presentar una reclamación ni pedir reparación en caso de no alcanzar ningún acuerdo.

Diríjase a su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* o a su punto nacional de contacto * para obtener más información sobre sus derechos concretos y sus opciones de reclamación.

2.4. ¿Necesito un seguro de viaje privado o un seguro de enfermedad complementario?

¿Necesito un seguro de viaje privado o un seguro de enfermedad privado o complementario?

Tenga en cuenta que los costes adicionales de viaje y alojamiento o los costes adicionales relacionados con los servicios de repatriación y salvamento no están cubiertos por el régimen sanitario público. Estos costes, sin embargo, puede cubrirlos su seguro de viaje o su seguro de enfermedad privado o complementario.

¿Qué servicios de asistencia sanitaria cubrirá mi seguro privado?

Los servicios cubiertos por su seguro de viaje privado/seguro de enfermedad privado o complementario dependen de su cobertura concreta. Antes de viajar al extranjero, revise su póliza para comprobar los servicios sanitarios que cubre.

Consulte a su proveedor de seguro privado para obtener más información.

2.5. ¿A quién debo dirigirme en caso de urgencia?

¿Cómo sé a quién debo dirigirme y a qué prestador de asistencia sanitaria u hospital debo acudir si sufro una enfermedad o una lesión repentina en el extranjero?

El punto nacional de contacto* del país de estancia puede proporcionarle más información sobre qué hacer y a quién dirigirse en caso de sufrir una enfermedad o una lesión durante su estancia en el extranjero.

En caso de urgencia durante su estancia en la UE* o en Suiza, llame al 112. El número de urgencias europeo 112 está disponible en todos los países de la UE* y es gratuito. Si necesita atención médica urgente, llame al 112 para contactar directamente con la policía, los servicios de ambulancia o los bomberos.

③ Solicitud de asistencia sanitaria en el extranjero

3.1. ¿Cuáles son mis derechos en relación con el acceso a asistencia sanitaria en el extranjero?

¿Tengo derecho a solicitar un tratamiento en el extranjero?

Si tiene derecho a recibir asistencia sanitaria en virtud del sistema de seguridad social de un país de la UE* o del EEE*, tiene derecho a solicitar asistencia sanitaria en otro país de la UE* o del EEE* y en Suiza* (también denominado «tratamiento planificado»* en el extranjero) y a beneficiarse de la asunción de costes por parte de su país de origen*.

Tiene derecho a acceder a asistencia sanitaria, incluidos:

- el diagnóstico médico;
- el tratamiento médico;
- la prescripción, la dispensación y el suministro de medicamentos y productos sanitarios.

Puede disfrutar de la asunción de costes del tratamiento planificado en otro país de la UE* o del EEE* tanto en virtud de los Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social*, como de la Directiva 2011/24/UE*.

Ambos instrumentos tienen distintas consecuencias para los pacientes con respecto a la base jurídica, el ámbito de aplicación, las autoridades competentes, las condiciones de autorización, las tarifas de reembolso aplicables, el procedimiento y los trámites de pago y el nivel de contribución del paciente. Antes de viajar al extranjero, infórmese bien sobre las repercusiones financieras y de otra índole.

Tenga en cuenta que la asistencia sanitaria transfronteriza en Suiza* queda excluida de la Directiva 2011/24/UE*.

¿Qué diferencias existen entre solicitar un tratamiento en el extranjero en virtud de los Reglamentos sobre la seguridad social* o de la Directiva 2011/24/UE*?

Conforme a los *Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social**:

- Tiene derecho a asistencia sanitaria transfronteriza en cualquier país de la UE* y del EEE* y en Suiza*.
- Los servicios de telemedicina* no están cubiertos.
- Debe obtener la autorización previa* de su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* antes de viajar al extranjero.
- Tiene derecho a la asunción de costes del mismo modo que si estuviera afiliado al sistema de seguridad social del país de tratamiento*.

- El tratamiento en cuestión debe estar incluido en las prestaciones por enfermedad cubiertas por el sistema de seguridad social del país de tratamiento* (incluso si hubiera tenido derecho a la asunción de costes si el tratamiento se hubiera dispensado en el país de origen*).
- Se aplican el método de pago (el tratamiento será gratuito, por lo general) y las tarifas de reembolso* del país de tratamiento*.

Conforme a la *Directiva 2011/24/UE**:

- Tiene derecho a asistencia sanitaria transfronteriza en cualquier país de la UE* y del EEE* (pero no en Suiza*).
- No están cubiertos los tratamientos de larga duración*, la asignación ni el acceso a órganos* ni la vacunación pública*.
- Por lo general, no se exige la autorización previa* de su servicio nacional de salud* /proveedor de seguro de enfermedad*. Sin embargo, antes de viajar al extranjero se le podría exigir una autorización previa* para determinados servicios sanitarios, como un tratamiento hospitalario o un tratamiento sumamente especializado y costoso.
- Tiene derecho a la asunción de costes del tratamiento en el extranjero del mismo modo que si el tratamiento se hubiera dispensado en su país de origen*.
- El tratamiento en cuestión debe estar incluido en las prestaciones por enfermedad cubiertas por el sistema de seguridad social de su país de origen* (tiene derecho a la asunción de costes cuando dichos costes habrían sido asumidos si el tratamiento se hubiera dispensado en su país de origen).
- Siempre debe abonar primero los costes totales del tratamiento. Más tarde, cuando regrese a su país de origen, podrá solicitar el reembolso* a su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad*. Estos aplicarán la misma tarifa de reembolso* que se aplica al tratamiento dispensado en el país de origen*.

3.2. ¿Qué tratamientos puedo solicitar en el extranjero?

¿Qué tipo de tratamiento puedo solicitar en el extranjero?

Puede acceder a diagnóstico médico, tratamiento médico y prescripción, dispensación y suministro de medicamentos y productos sanitarios en Europa.

En virtud de los Reglamentos sobre la seguridad social*:

- Está cubierto el tratamiento planificado en cualquier otro país de la UE* o del EEE* y en Suiza*.
- El tratamiento que desee recibir debe estar incluido en las prestaciones por enfermedad cubiertas por el sistema de seguridad social del país de tratamiento*. En consecuencia, cuando así lo permita expresamente su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad*, podría recibir asistencia sanitaria fuera de las prestaciones cubiertas en su país de origen*. No obstante, su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* goza de libertad para decidir si concede o no la autorización previa*.
- Solo están cubiertos los tratamientos dispensados por un prestador de asistencia sanitaria o un hospital públicos. La asistencia sanitaria dispensada por un prestador de asistencia sanitaria privado o en un hospital privado no suele estar cubierta, salvo en algunos casos en los que el prestador de asistencia sanitaria privado o el hospital privado sea concertado o esté afiliado al sistema de seguridad social y tenga derecho a prestar servicios amparados por la legislación sobre seguridad social.
- Los servicios de telemedicina* no están amparados por los Reglamentos sobre la seguridad social*.

En virtud de la Directiva 2011/24/UE*:

- Está cubierto el tratamiento planificado en cualquier otro país de la UE* y del EEE* (no en Suiza*).

- Solo tiene derecho a los tratamientos incluidos en las prestaciones por enfermedad cubiertas con arreglo a la legislación sobre seguridad social de su país de residencia. En otras palabras, solo tendrá derecho al reembolso* de los costes médicos en que haya incurrido en el extranjero cuando hubiera tenido derecho a la asunción de los costes del mismo tratamiento en su país de origen*.
- Están cubiertos los tratamientos dispensados por un prestador de asistencia sanitaria/hospital público o privado.
- La Directiva 2011/24/UE* también cubre los servicios de telemedicina*.
- Se excluyen de la Directiva 2011/24/UE los servicios sanitarios que incluyan cuidados de larga duración*, trasplante de órganos* y programas de vacunación pública*.

La telemedicina, ¿también está cubierta?

Se entiende por «telemedicina»* la prestación de servicios sanitarios a distancia por medio del uso de TIC (como teleconsulta, televigilancia, telecirugía, etc.).

Los servicios de telemedicina* también pueden estar cubiertos en virtud de la Directiva 2011/24/UE*. Siempre que el servicio de telemedicina* lo dispense un prestador de asistencia sanitaria ubicado en otro país de la UE* o del EEE*, podrá aplicarse la Directiva 2011/24/UE*.

Por el contrario, dado que los Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social*, exigen expresamente el desplazamiento y la presencia física de un paciente en el extranjero, y, más en concreto, en el país en el que se encuentra el prestador de asistencia sanitaria, estos no se aplican en el caso de la telemedicina*.

Si requiere servicios de telemedicina*, infórmese sobre sus derechos a asistencia sanitaria transfronteriza* en virtud de la Directiva 2011/24/UE*.

3.2. ¿Necesito una autorización previa* de mi servicio nacional de salud* / proveedor de seguro obligatorio de enfermedad*?

¿Qué se entiende por «autorización previa»*?

Se entiende por «autorización previa»* la aprobación que podría necesitar de su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* antes de viajar al extranjero, al objeto de garantizar la asunción de los costes de su tratamiento en el extranjero.

¿Necesito siempre una autorización previa* de mi servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* antes de viajar al extranjero?

El hecho de que necesite una autorización previa* antes de recibir asistencia sanitaria en el extranjero depende de si ejerce su derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza* en virtud de los Reglamentos sobre la seguridad social* o de la Directiva 2011/24/UE*, y del tipo de asistencia sanitaria que desea recibir. Como norma general, es probable que necesite la autorización previa* cuando tenga previsto recibir tratamiento hospitalario en el extranjero o un tratamiento sumamente especializado y costoso.

Si desea recibir asistencia sanitaria transfronteriza* en virtud de los **Reglamentos sobre la seguridad social***, siempre se exige la autorización previa*, tanto para tratamiento hospitalario* como para tratamiento ambulatorio*. Deberá presentar una solicitud de autorización previa* a su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad*. Una vez aceptada su solicitud, este último le expedirá un formulario S2* que tendrá que presentar al prestador de asistencia sanitaria que le dispense el tratamiento en el extranjero como prueba de que está afiliado a la seguridad social.

Por lo general, conforme a la **Directiva 2011/24/UE***, no se requiere la autorización previa* de su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad*. No obstante, el legislador de la Unión ofrece a los Estados miembros la posibilidad de instaurar un sistema de autorización previa* para algunos tratamientos*. En cualquier caso, una solicitud de autorización previa* solo podrá denegarse si:

- la asistencia sanitaria exige hospitalización durante la noche;
- la asistencia sanitaria exige el uso de infraestructuras o equipos médicos sumamente especializados y costosos;
- la asistencia sanitaria comporta un riesgo para la seguridad del paciente (riesgo para la seguridad del paciente*) o de la población en general (riesgo para la seguridad de la población en general*);
- la asistencia sanitaria dispensada por un prestador de asistencia sanitaria puede, según el caso, plantear preocupaciones serias y específicas relacionadas con la calidad y la seguridad de la atención.

Si desea recibir información más detallada sobre qué tratamientos en concreto requieren autorización previa*, diríjase a su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* o al punto nacional de contacto* de su país de origen.

NOTA: si es necesaria la autorización previa* de su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad*, nunca reciba tratamiento en el extranjero si no dispone de ella. Si ha recibido un tratamiento en el extranjero sin la autorización previa* necesaria de su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad*, existe la posibilidad de que su solicitud de reembolso* sea denegada. En ese caso, es posible que deba sufragar usted mismo todos los costes médicos en que haya incurrido en el extranjero.

¿Puedo elegir entre presentar una solicitud de autorización previa* en virtud de los Reglamentos sobre la seguridad social* o en virtud de la Directiva 2011/24/UE?

Cuando solicita la autorización previa*, su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* estudiará primero la aplicabilidad de los Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social*.

Si se cumplen las condiciones para recibir el tratamiento en virtud de los Reglamentos*, el servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* expedirá de inmediato la autorización previa* conforme a los Reglamentos sobre la seguridad social* (formulario S2*). No obstante, si prefiere recibir el tratamiento con arreglo a la Directiva 2011/24/UE*, deberá solicitar expresamente su aplicación a su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad*.

¿Dónde puedo obtener información sobre cómo presentar una solicitud de autorización previa*?

Si necesita información sobre cómo presentar una solicitud de autorización previa*, incluidos los procedimientos aplicables, los documentos necesarios y los plazos pertinentes, su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* o el punto nacional de contacto* de su país de origen podrán ayudarle. Tenga en cuenta que el tratamiento médico* en el extranjero podría ser muy costoso.

¿Qué institución se ocupa de conceder la autorización previa*?

Por lo general, el servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* de su país de afiliación a la seguridad social (es decir, el Estado miembro competente*) es el responsable de conceder la autorización previa*.

Si reside en un país distinto del Estado miembro competente*, puede enviar su solicitud de autorización previa* al servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* local de su

país de residencia. Este remitirá su solicitud al servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* del Estado miembro competente*. No obstante, a título excepcional, el servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* de su país de residencia tendrá competencia para conceder la autorización previa* en caso de que usted sea

- pensionista o familiar de pensionista; o
- un familiar (dependiente) residente en un país distinto al de la persona asegurada,

y de que su país de residencia aplique un mecanismo de compensación para prestaciones por enfermedad entre Estados miembros sobre la base de importes a tanto alzado* y figure en el Anexo III del Reglamento (CE) n.º 987/2009*.

Diríjase a su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* o al punto nacional de contacto* de su país de afiliación a la seguridad social para obtener más información.

¿Qué ocurre si recibo tratamiento en el extranjero sin obtener primero la autorización previa* prescriptiva?

Si ha recibido un tratamiento en el extranjero sin la autorización previa* necesaria de su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad*, existe la posibilidad de que su solicitud de reembolso* sea denegada y de que tenga que pagar de su bolsillo todos los costes médicos en que haya incurrido en el extranjero.

¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión de mi servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* con respecto a mi solicitud de autorización previa*?

Tiene derecho a apelar cualquier decisión de su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro obligatorio de enfermedad* con respecto a la solicitud de obtención de la autorización previa* para acceder a asistencia sanitaria en el extranjero. Si no está de acuerdo con la decisión de su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad*, puede pedirle primero que reconsidere su decisión. Si no llegan a un acuerdo, puede presentar una reclamación y pedir reparación conforme a los procedimientos establecidos en su país de origen*. Tenga en cuenta que existen determinados plazos para iniciar los procedimientos de presentación de reclamaciones y petición de reparación. Debe tener cuidado de que dichos plazos no expiren durante su intento de llegar a un acuerdo, ya que, si eso ocurre, no podrá presentar una reclamación ni pedir reparación en caso de no alcanzar ningún acuerdo.

Diríjase a su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* o a su punto nacional de contacto* para obtener más información sobre sus derechos concretos y sus opciones de reclamación.

3.3. ¿Necesito una remisión para poder acceder a tratamiento especializado en el extranjero?

¿Necesito una remisión para poder acceder al tratamiento en el extranjero?

Si desea recibir un tratamiento en virtud de los *Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social**, el requisito de una remisión dependerá de si en el país de tratamiento* está implantado un sistema de remisión de pacientes. Si este es el caso, puede que necesite la remisión de su médico de atención primaria* en el país de origen o de un médico de atención primaria* en el país de tratamiento* para acceder a asistencia sanitaria especializada en el país en cuestión.

Sin embargo, cuando solicite tratamiento en el extranjero conforme a la *Directiva 2011/24/UE**, el requisito de la remisión dependerá de si en su país de origen* está implantado un sistema de remisión para acceder a tratamiento especializado*. Cuando dicha remisión no sea necesaria para acceder a asistencia sanitaria en su país de origen*, tampoco será necesario obtener una remisión de su médico

de atención primaria* antes de acceder a tratamiento especializado en el extranjero.

Diríjase a su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* y al punto nacional de contacto* de su país de origen para obtener más información. El punto nacional de contacto* del país en el que desea recibir tratamiento puede proporcionarle más información sobre si existe o no un sistema de remisión de pacientes en dicho país.

3.3. Costes y reembolso

¿Tendré que pagar el tratamiento?

El hecho de que los costes del tratamiento sean directamente asumidos por su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* (pago a cargo de terceros*) o de que sea usted quien tenga que pagar los costes por adelantado y solicitar el reembolso posteriormente depende de si ha recibido tratamiento en el extranjero en virtud de un formulario S2* [Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009 sobre seguridad social*] o en virtud de la Directiva 2011/24/UE*.

- Conforme a los Reglamentos sobre la seguridad social*, el método de pago dependerá del sistema implantado en el país de tratamiento*. Puesto que será tratado como si estuviera afiliado al sistema de seguridad social del país de tratamiento*, disfrutará de los mismos derechos en relación con el método de pago que un paciente nacional con seguro público de enfermedad. Pueden presentarse dos posibilidades:
 - ❖ Que el tratamiento que necesite sea gratuito (que es lo más habitual), a veces combinado con un importe de copago* limitado, en cuyo caso los costes serán liquidados directamente entre el prestador de asistencia sanitaria y la autoridad de seguridad social del país de tratamiento. Seguidamente, la autoridad extranjera se coordinará automáticamente con el servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* de su país de origen para obtener el reembolso sin que usted tenga que hacer nada más.
 - ❖ Que tenga que abonar todos los costes del tratamiento y solicitar el reembolso* posteriormente, bien a través de la autoridad local de seguridad social durante su estancia en el extranjero, o bien a través de su propio servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* a su regreso. De cualquier forma, se aplicará la tarifa de reembolso* del país de tratamiento*.
- Conforme a la Directiva 2011/24/UE*, siempre debe efectuar un pago anticipado*. Deberá pagar todas las facturas directamente al prestador de asistencia sanitaria o al hospital en el extranjero. Cuando regrese a su país de origen, podrá solicitar el reembolso* a su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro obligatorio de enfermedad*. Estos aplicarán la misma tarifa de reembolso* que se aplica al tratamiento dispensado en su país de origen*.

¿A qué importe de cobertura tengo derecho?

La cuantía de los costes que se asumirán depende de si ha recibido tratamiento planificado* en el extranjero en virtud de los Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social* (utilizando un formulario S2*) o en virtud de la Directiva 2011/24/UE*.

- Conforme a los Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social*, los costes serán asumidos con arreglo al importe previsto en la normativa y la legislación del país de tratamiento*.
No obstante, en algunos casos puede tener derecho a una compensación adicional, denominada «suplemento Vanbraekel»* [véase el asunto *Vanbraekel*, (C-368/98)]. Más concretamente, cuando la tarifa vigente en su país de origen* sea superior a la tarifa vigente en el país de tratamiento*,

<p>tendrá derecho a una compensación adicional de su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad*, hasta el importe que este habría asumido en caso de que el tratamiento se hubiera dispensado en su país de origen* (sin superar los gastos reales en los que haya incurrido en el extranjero).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conforme a la Directiva 2011/24/UE*, los costes serán asumidos con arreglo al importe previsto en la normativa y la legislación de su país de origen*.
<p>¿Qué costes se pueden asumir?</p>
<p>Dado que, conforme a los Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social*, y a la Directiva 2011/24/UE*, solo tiene derecho a la asunción de costes como resultado de su afiliación a la seguridad social en su país de origen, solo se cubrirán los costes médicos resultantes directamente del tratamiento. Los costes adicionales, como los costes de viaje y alojamiento, sustento, repatriación o analgésicos de venta sin receta médica, correrán por su cuenta.</p> <p>No obstante, tenga en cuenta que, en virtud de los Reglamentos sobre la seguridad social*, sus costes de viaje y alojamiento en el extranjero podrían estar cubiertos si la legislación nacional contempla el reembolso de esos costes y establece que son inseparables del tratamiento, en caso de que este se haya dispensado en su país de origen*.</p>
<p>¿Dónde puedo conseguir información sobre los precios del tratamiento que deseo recibir?</p>
<p>El punto nacional de contacto* del país en el que desea recibir tratamiento puede proporcionarle más información sobre las tarifas de atención médica aplicadas en ese país. Además, el prestador de asistencia médica en el extranjero al que desea visitar está obligado a facilitarle información clara sobre los precios de los tratamientos que dispensa.</p>
<p>¿Dónde puedo obtener información sobre cómo solicitar el reembolso?</p>
<p>Si necesita información sobre cómo solicitar el reembolso*, incluidos los procedimientos aplicables, los documentos necesarios y los plazos pertinentes, su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* o el punto nacional de contacto* de su país de origen podrán ayudarle.</p>
<p>¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con la decisión de mi servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* con respecto a mi solicitud de reembolso?</p>
<p>¿Qué ocurre si no está de acuerdo con el importe que su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* decide reembolsarle? ¿O qué ocurre si su solicitud de reembolso* es rechazada porque ha superado los plazos aplicables o porque no pudo presentar todos los documentos necesarios, como los recibos originales?</p> <p>Tiene derecho a recurrir cualquier decisión de su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro obligatorio de enfermedad* con respecto a la asunción de costes del tratamiento médico* que ha recibido en el extranjero. Si no está de acuerdo con una decisión relacionada con su solicitud de reembolso* de los costes médicos en que ha incurrido en el extranjero, primero puede pedir a su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro obligatorio de enfermedad* que reconsidere su decisión. Si, a pesar de todo, si no llegan a un acuerdo, puede presentar una reclamación y pedir reparación conforme a los procedimientos establecidos en su país de origen*. Tenga en cuenta que existen determinados plazos para iniciar los procedimientos de presentación de reclamaciones y petición de reparación. Debe tener cuidado de que dichos plazos no expiren durante su intento de llegar a un acuerdo, ya que, si eso ocurre, no podrá presentar una reclamación ni pedir reparación en caso de no alcanzar ningún acuerdo.</p>

Diríjase a su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* o a su punto nacional de contacto * para obtener más información sobre sus derechos concretos y sus opciones de reclamación.

3.4. Opciones de tratamiento y prestadores de asistencia sanitaria en el extranjero

¿Cómo puedo informarme de las opciones de tratamiento en el extranjero?

Su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* o el punto nacional de contacto* de su país de origen no podrán proporcionarle información sobre las opciones de tratamiento en el extranjero.

Como norma general, deberá informarse por su cuenta de estas opciones. El punto nacional de contacto* del país en el que desea recibir tratamiento puede proporcionarle información sobre los tratamientos disponibles en ese país.

¿Cómo sé a qué prestador de asistencia sanitaria en el extranjero debo dirigirme?

Si desea obtener información sobre los prestadores de asistencia sanitaria u hospitales en el extranjero y cómo contactar con ellos, el punto nacional de contacto* del país en el que desea recibir el tratamiento podrá facilitarle más información.

4 Calidad y seguridad

¿Dónde puedo conseguir información sobre la calidad del tratamiento en otro país?

Su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* o el punto nacional de contacto* de su país de origen no podrán proporcionarle información sobre la calidad del tratamiento en otro país. Cuando reciba tratamiento en el extranjero, se aplicarán las normas de calidad y seguridad vigentes en dicho país.

Como norma general, deberá informarse por su cuenta de la calidad del tratamiento dispensado en el extranjero. El punto nacional de contacto* del país en el que desea recibir tratamiento podrá proporcionarle más información.

¿Dónde puedo conseguir más información sobre un prestador de asistencia sanitaria o un hospital concreto?

Como norma general, deberá informarse por su cuenta sobre el prestador de asistencia sanitaria o el hospital en el extranjero. Es importante que recopile información suficiente sobre:

- la situación respecto del registro o la autorización pertinente del prestador de asistencia sanitaria, que sea prueba de su licencia para ejercer la medicina;
- la cobertura del seguro de responsabilidad profesional del prestador de asistencia sanitaria;
- la habilitación del prestador de asistencia sanitaria para dispensar los servicios sanitarios cubiertos por el sistema de seguridad social.

Esta información se la puede proporcionar el servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* o el punto nacional de contacto* del país en que desea recibir el tratamiento.

⑤ Historial médico e idioma

¿Dónde puedo conseguir información sobre el idioma del tratamiento en otro país?

El punto nacional de contacto* del país en el que desea recibir tratamiento podrá proporcionarle más información sobre los idiomas de tratamiento de ese país. Si el tratamiento se dispensa en otro idioma, infórmese también sobre si va a necesitar organizar un servicio de interpretación para comunicarse con los prestadores de asistencia sanitaria que le dispensen el tratamiento y demás personal médico en el extranjero.

¿Cómo organizo la transferencia de mi historial médico al extranjero?

La Directiva 2011/24/UE* prevé que todos los pacientes que reciban asistencia sanitaria transfronteriza* tienen derecho, como mínimo, a una copia de todos los datos personales* relacionados con su salud. En concreto, tiene derecho a acceder a una copia de su historial médico* que contenga información como el diagnóstico, los resultados de exámenes, las evaluaciones de los médicos que le hayan atendido y todo tratamiento recibido o intervención practicada.

Su prestador de asistencia sanitaria debe darle acceso o proporcionarle como mínimo una copia de su historial médico para que usted pueda enviarlo. El prestador de asistencia sanitaria también podrá enviar su historial médico directamente al prestador de asistencia sanitaria, el hospital o el centro sanitario que le vayan a dispensar el tratamiento en el extranjero.

⑥ Medidas de seguimiento

¿Qué ocurre si necesito medidas de seguimiento después de someterme al tratamiento en el extranjero?

Si ha recibido tratamiento en el extranjero y se requieren medidas de seguimiento, tiene derecho a unas medidas de seguimiento* adecuadas y de calidad equivalente en su país de origen*, del mismo modo que si el tratamiento se hubiera dispensado en el país de origen y no en el extranjero.

⑦ Reclamaciones y reparación

¿Qué ocurre si no quedo satisfecho con el tratamiento recibido en el extranjero o si surge algún problema?

Si no está satisfecho con el tratamiento recibido en el extranjero, tiene derecho a reclamar y pedir reparación. Dado que el tratamiento se dispensa en el extranjero, se aplicará la legislación vigente en el país de tratamiento. Por lo tanto, estará sujeto a las normas de procedimiento, los plazos, las normas sobre la carga de la prueba y las provisiones sobre indemnizaciones por daños y perjuicios que se apliquen en el país de tratamiento*.

¿Dónde puedo conseguir más información sobre mis posibilidades de reclamar y pedir reparación?

Diríjase al punto nacional de contacto* del país de tratamiento* para obtener más información sobre cómo reclamar, resolver conflictos y obtener reparación. Infórmese sobre los distintos procedimientos vigentes, las instituciones a las que debe dirigirse, las medidas que debe adoptar, los plazos aplicables

y los costes procesales previstos.

⑧ Extensión de recetas en el extranjero

¿Puedo presentar en una farmacia ubicada en el extranjero recetas extendidas por el prestador de asistencia sanitaria que me haya dispensado el tratamiento en mi país de origen?

Una receta* de un medicamento o un producto sanitario extendida en su país es válida en cualquier país de la UE* y del EEE*.

Sin embargo, con el fin de garantizar que su receta* sea admitida y bien entendida por el farmacéutico en el extranjero, informe al proveedor de asistencia sanitaria que extienda la receta de su intención de utilizarla en el extranjero. Este recetará el medicamento o el producto sanitario de acuerdo con los requisitos de información mínimos para las recetas transfronterizas* (Directiva de Ejecución 2012/52/UE*):

- Identificación del paciente: apellido(s); nombre; fecha de nacimiento.
- Autenticación de la receta: fecha de extensión.
- Identificación del profesional sanitario prescriptor: apellido(s); nombre; cualificación profesional; datos de contacto directo (como correo electrónico y teléfono o fax); dirección profesional (incluido el nombre del Estado miembro pertinente); firma escrita o digital.
- Identificación del producto recetado: denominación común (sustancia activa) o, en casos excepcionales, el nombre comercial; forma farmacéutica (comprimidos, disolución, etc.); cantidad; dosis; pauta posológica.

Tenga en cuenta que el medicamento en cuestión puede no estar disponible o autorizado para su venta en otro país de la UE* o del EEE*. Si es posible, intente comprar su medicamento con receta en una farmacia del país en el que se extendió la receta.

¿Sigo teniendo derecho a la asunción de costes de los medicamentos recetados si los compro en el extranjero?

Al mostrar una tarjeta sanitaria europea válida*, tiene derecho a comprar un medicamento o un producto sanitario con receta* conforme a las mismas reglas y tarifas que los pacientes asegurados en el país que visita. Sin embargo, esto solo se aplica en caso de que la receta se haya extendido en el país en cuestión debido a una enfermedad o una lesión repentina durante su estancia (las personas que sufren enfermedades crónicas también pueden utilizar su tarjeta sanitaria europea* para comprar medicamentos o productos sanitarios de venta con receta* durante su estancia en el extranjero).

Además, conforme a la Directiva 2011/24/UE*, tiene derecho a solicitar el reembolso* a su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad*. En este caso, primero tendrá que pagar de su bolsillo el coste del medicamento o del producto sanitario en el extranjero. Este le será reembolsado con carácter retroactivo cuando regrese a casa, conforme a las normas y tarifas aplicadas en su país de origen*.

⑨ Puntos nacionales de contacto

¿Qué son los puntos nacionales de contacto?

Conforme a la Directiva 2011/24/UE*, cada Estado miembro ha instalado uno o más puntos nacionales de contacto* (PNC*) para la asistencia sanitaria transfronteriza*. Los Estados miembros tienen libertad para decidir cómo organizar estos PNC. En consecuencia, existen diferencias considerables. Algunos PNC* dependen del proveedor nacional de seguro de enfermedad o del ministerio de sanidad, mientras que otros son órganos independientes.

La principal labor de los PNC* es suministrar a los pacientes información clara y accesible sobre todos los aspectos del tratamiento médico* en el extranjero. Los PNC* proporcionarán a los pacientes información sobre distintos asuntos dependiendo de si el paciente es un paciente nacional que desea acceder a asistencia sanitaria en el extranjero (paciente saliente*) o es un paciente extranjero que desea acceder a asistencia sanitaria en el país en cuestión (paciente entrante*).

¿Cómo puedo contactar con un punto nacional de contacto?

Los PNC disponen de un sitio web en el que se facilita la información básica sobre el tratamiento médico* en el extranjero (asistencia sanitaria transfronteriza*). Además, los pacientes pueden consultar directamente a los PNC* para solicitar más información o realizar consultas personales sobre el acceso a asistencia sanitaria en el extranjero, por teléfono, correo electrónico o mediante el formulario de contacto en línea. Muchos PNC* también atienden a los pacientes en persona en sus oficinas. Los datos de contacto de los PNC* figuran en el sitio web de cada uno de ellos, así como en el sitio web de la Comisión Europea.

10 Enfermedades raras

¿Qué posibilidades tengo de obtener en el extranjero un tratamiento nuevo o alternativo que no está disponible en mi país de origen*?

Puesto que los servicios nacionales de salud* / proveedores de seguro de enfermedad* deciden, a su entera discreción, si se concede o no la autorización para el tratamiento en el extranjero, en virtud de los Reglamentos (CE) n.º 883/2004 y n.º 987/2009, sobre la seguridad social*, se puede ofrecer a los pacientes con enfermedades raras la posibilidad de solicitar tratamiento en otro Estado miembro de la UE* o del EEE* y en Suiza*, incluso para el diagnóstico y los tratamientos que no estén disponibles en el país de origen* del paciente. Siempre que el tratamiento en cuestión esté cubierto en el país de tratamiento, se podrá conceder la autorización previa.

Tenga en cuenta que, si se encuentra en esta situación, solo tendrá derecho a solicitar la autorización previa*. Queda a discreción del servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* conceder o no la autorización previa*.

Además, tanto en virtud de los Reglamentos sobre la seguridad social* como de la Directiva 2011/24/UE*, la autorización previa* para acceder a asistencia sanitaria en el extranjero se debe conceder cuando el tratamiento en cuestión esté incluido las prestaciones por enfermedad cubiertas en su país de origen* y no se pueda dispensar en un plazo justificable desde el punto de vista médico, dado su estado de salud. El hecho de que el tratamiento deba cubrirse en su país de origen* no implica que el procedimiento en el extranjero deba ser exactamente el mismo. En la medida en que el tratamiento esté cubierto, tendrá derecho a recibir el mismo tratamiento en el extranjero, aunque este se dispense conforme a técnicas y métodos nuevos o procedimientos alternativos. No obstante, estas técnicas deben basarse en el estado de la técnica y en el pensamiento científico a escala internacional. Además, el tratamiento debe considerarse como tratamiento habitual, a la luz del estado de la ciencia

nacional e internacional [véase el asunto *Smits/Peerbooms* (C-157/99)].

¿Qué son las redes europeas de referencia?

Las redes europeas de referencia* (RER) ayudan a los prestadores de asistencia sanitaria y a los centros de asesoramiento de toda Europa a compartir los conocimientos sobre enfermedades raras o complejas y las afecciones que requieren un tratamiento altamente especializado y una concentración de conocimientos y recursos.

Mediante el uso de plataformas de TI, especialistas y prestadores de asistencia sanitaria reconocidos debaten y revisan el diagnóstico y el tratamiento de un paciente, sin que este tenga que viajar al extranjero y sin que los prestadores de asistencia sanitaria tengan que estar físicamente presentes en el país del paciente.

Las primeras redes europeas de referencia se pusieron en marcha en marzo de 2017. Desde entonces, se han instalado veinticuatro redes que trabajan en diversas temáticas, como los trastornos óseos, el cáncer infantil, las cardiopatías, las enfermedades respiratorias, etc.

Si desea más información, diríjase a su punto nacional de contacto* o visite <https://europa.eu/youreurope/#es>.

¿Dónde puedo conseguir información sobre las organizaciones de pacientes que existen en otro país?

Para obtener más información sobre organizaciones de pacientes, diríjase al punto nacional de contacto* del país en el que desea recibir el tratamiento.

11 Residencia en el extranjero

10. 1. ¿Tiene previsto instalarse en el extranjero?

¿Qué ocurre con mi afiliación a la seguridad social si tengo previsto instalarme en el extranjero?

Si tiene previsto instalarse en otro país de la UE* o del EEE* o en Suiza*, esto podría afectar a su cobertura de la seguridad social. Las consecuencias concretas para dicha cobertura dependerán de su situación particular, las razones y la duración de su residencia en el extranjero. Su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* podrá facilitarle más información.

10. 2. Residencia en el extranjero con afiliación a la seguridad social de otro país

¿Quién debe concederme la autorización previa para la asistencia sanitaria transfronteriza si resido fuera de mi país de afiliación a la seguridad social?

El servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* de su país de afiliación a la seguridad social (es decir, el Estado miembro competente*) es responsable de conceder la autorización previa*.

Si reside en un país distinto del Estado miembro competente*, puede enviar su solicitud de autorización previa* al servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* local de su país de residencia. Este remitirá su solicitud al servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de

enfermedad* del Estado miembro competente*. No obstante, a título excepcional, el servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* de su país de residencia tendrá competencia para conceder la autorización previa* en caso de que usted sea

- pensionista o familiar de pensionista; o
- un familiar (dependiente) residente en un país distinto al de la persona asegurada,

y de que su país de residencia aplique un mecanismo de compensación para prestaciones por enfermedad entre Estados miembros sobre la base de importes a tanto alzado* y figure en el Anexo III del Reglamento (CE) n.º 987/2009*.

Diríjase a su servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* o al punto nacional de contacto* de su país de afiliación a la seguridad social para obtener más información.

¿Tengo derecho a asistencia sanitaria durante una estancia en mi país de afiliación a la seguridad social?

Esto dependerá de su situación personal. Normalmente solo tendrá derecho a recibir asistencia sanitaria en su país de residencia, ya sea o no por cuenta de otro país de afiliación a la seguridad social.

Sin embargo, en algunos casos los pacientes pueden seguir teniendo derecho a recibir asistencia sanitaria en el país de afiliación o en el anterior país de trabajo:

(! Los familiares de un trabajador fronterizo que residan en un país enumerado en el anexo III del Reglamento (CE) n.º 883/2004 están excluidos de los acuerdos especiales establecidos a continuación).*

- Los trabajadores (desplazados), incluidos los trabajadores fronterizos*, que residen en un país distinto al país de trabajo y de afiliación a la seguridad social, tienen derecho a recibir asistencia sanitaria durante una estancia en el país de trabajo por cuenta de dicho país y conforme a su propia legislación, del mismo modo que si la persona en cuestión residiera en dicho país.
- Los pensionistas que viven fuera de su país de afiliación a la seguridad social pueden tener derecho a recibir asistencia sanitaria durante una estancia en su país de afiliación a la seguridad social por cuenta de dicho país y conforme a su propia legislación, del mismo modo que si la persona en cuestión residiera en dicho país [solo aplicable cuando el país de afiliación a la seguridad social haya optado por este acuerdo y figure en el anexo IV del Reglamento (CE) n.º 883/2004*].
- Los trabajadores fronterizos jubilados conservan su derecho a ser tratados en el país en el que desarrollaron su última actividad laboral, siempre que se trate de la continuación de un tratamiento que comenzó durante la actividad. En algunos casos, un trabajador fronterizo jubilado conservará su derecho a recibir asistencia sanitaria en el anterior país de trabajo, con independencia de que se trate de una continuación del tratamiento o no, por cuenta de dicho país y conforme a su propia legislación, del mismo modo que si la persona en cuestión residiera en dicho país. Este es el caso de personas que han trabajado como trabajadores fronterizos al menos durante dos de los últimos cinco años antes de la fecha efectiva de su pensión y con la condición de que tanto el anterior Estado miembro de trabajo como el Estado de afiliación a la seguridad social hayan optado por este acuerdo y figuren en el anexo V del Reglamento (CE) n.º 883/2004*. En este caso, el trabajador fronterizo jubilado debe solicitar un formulario S3* al servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* del país a cuya legislación sobre seguridad social está sujeto. El formulario S3* debe presentarse a la autoridad de la seguridad social del país de trabajo anterior.

¿A qué punto nacional de contacto debo dirigirme para obtener más información? ¿Al punto nacional de contacto de mi país de afiliación a la seguridad social o al punto nacional de contacto de mi país de residencia?

Mientras viva en el extranjero, diríjase al punto nacional de contacto* del país en el que se encuentre la institución que debe concederle la autorización previa*. Este podrá facilitarle toda la información

necesaria sobre sus derechos.

Institución competente para la expedición de la autorización previa:

El servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* de su país de afiliación a la seguridad social (es decir, el Estado miembro competente*) es responsable de conceder la autorización previa*. No obstante, a título excepcional, el servicio nacional de salud* / proveedor de seguro de enfermedad* de su país de residencia tendrá competencia para conceder la autorización previa* en caso de que usted sea

- pensionista o familiar de pensionista; o
- un familiar (dependiente) residente en un país distinto al de la persona asegurada,

y de que su país de residencia aplique un mecanismo de compensación para prestaciones por enfermedad entre Estados miembros sobre la base de importes a tanto alzado* y figure en el Anexo III del Reglamento (CE) n.º 987/2009*.

