



**CIRCULAR N° 3/12, DE 23 DE Octubre**

PLAZA DE ESPAÑA, 16. 06002-BADAJOS - E-mail: opcionc@coaatieba.es - TLF.: 924254811 - FAX: 924247377

## ASISTENCIA SANITARIA GRATUITA PARA MUTUALISTAS DE PREMAAT COMO ALTERNATIVA AL RETA

Como ya ha informado Premaat a sus mutualistas, el pasado 4 de Agosto se publicó en el BOE el Real Decreto 1192/2012 por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario, a efectos de asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Este Real Decreto incluye a los profesionales por cuenta propia encuadrados en una mutualidad alternativa al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA), que tengan unos ingresos inferiores a 100.000€ en cómputo anual (base liquidable del IRPF).

En primer lugar, deciros que tienen derecho a esta asistencia sanitaria gratuita, a través de la Seguridad Social, todos aquellos **profesionales integrados en Mutualidades propias de Previsión Social**. Para nosotros, **PREMAAT**. Esto es, todos aquellos colegiados que eligieron Premaat como Mutua alternativa al RETA para ejercer la profesión por cuenta propia.

Hasta el año pasado estos colegiados no estaban amparados por la Seguridad Social y debían contratar seguros privados o inscribirse en el convenio de Premaat con la Seguridad Social para recibir atención médica. El año pasado estos colegiados ya pudieron inscribirse en la Tarjeta Sanitaria gratuita que sacó la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura.

Todos aquellos de vosotros que sois asalariados y además estáis en Premaat para ejercer por cuenta propia ya estáis de alta en el Régimen General y, por tanto, ya tenéis garantizada la asistencia sanitaria. De igual modo, todos aquellos de vosotros que estáis de alta en el RETA, para ejercer la profesión por cuenta propia, también tenéis la asistencia sanitaria garantizada por la Seguridad Social.

**Por tanto, todos aquellos que estáis en Premaat para el desarrollo de vuestra profesión por cuenta propia debéis acceder a esta asistencia sanitaria gratuita de la Seguridad Social. Si alguno queda que siga pagando el convenio de Premaat con la Seguridad Social debe darse de baja para acceder a esta asistencia que se os ofrece. De igual modo, todos aquellos que accedisteis el año pasado a la Tarjeta gratuita de la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura debéis inscribiros ahora en la Seguridad Social al amparo de este Real Decreto, puesto que dicha Tarjeta Sanitaria de la Consejería de la Junta de Extremadura ya no tiene validez tras publicarse este Real Decreto.**

Para poder acceder a este sistema de asistencia sanitaria gratuito debéis estar empadronados en la provincia de Badajoz. Si alguno está empadronado en otra provincia debe realizar los trámites en aquella provincia donde esté empadronado.

Las solicitudes deben presentarse, de forma presencial, en el C.A.I.S.S. de la Seguridad Social, situado en la calle Ronda del Pilar nº 15 de Badajoz. Si no podéis acudir en persona podéis autorizar a otra persona mediante el documento que se adjunta al final de la circular.



**CIRCULAR Nº 3/12, DE 23 DE Octubre**

PLAZA DE ESPAÑA, 16. 06002-BADAJOS - E-mail: opcionc@coaatieba.es - TLF.: 924254811 - FAX: 924247377

Toda solicitud de alta para obtener la condición de asegurado o titular debe ir acompañada de la siguiente documentación:

- Solicitud (se adjunta en esta circular)
- Fotocopia del DNI
- Declaración del I.R.P.F.
- Certificado de empadronamiento

Además podéis incluir como beneficiarios vuestros a las siguientes personas:

- Cónyuge, si no trabaja.
- Hijos menores de 18 años.
- Hijos entre 18 y 26 años que no trabajen o que tengan ingresos inferiores al doble del I.P.R.E.M. anual (para 2012 se establece un IPREM anual de 7.455,14€), siempre y cuando no provengan de una actividad laboral sujeta a alta en la Seguridad Social.
- Hijos mayores de 26 años con una discapacidad superior o igual al 65%.

**Sin embargo, en el caso de que vuestro cónyuge esté dado de alta en la Seguridad Social, tenéis que solicitar vuestra alta como beneficiario de vuestro cónyuge.** Para ello deberéis presentar, además de la documentación anterior:

- Fotocopia del Libro de Familia.
- O la inscripción en el Registro, con menos de 90 días, si sois pareja de hecho.

Una vez que accedéis a este sistema recibiréis la asistencia sanitaria a través de la Seguridad Social y tendréis derecho a la Tarjeta en el Extranjero durante 90 días al año, como máximo.

Conviene que recopiléis toda la documentación que os solicitan antes de dirigiros al C.A.I.S.S. para evitar tener que hacer varias visitas. Incluso sería bueno que aquellos que solicitéis ser beneficiario del cónyuge o la pareja de hecho llevéis el DNI de vuestra pareja. De igual modo llevad también los DNI de los hijos o del cónyuge si los queréis incluir como beneficiarios y vosotros sois los titulares o asegurados.

El horario del C.A.I.S.S. es, de 9h a 14h, de lunes a viernes y de 16h a 18h los martes y jueves. Os recomiendo que solicitéis cita previa en el teléfono 924 224 543. Si no la solicitáis podéis pasar un buen rato esperando vuestro turno, porque suele estar lleno.

Adjunto a esta circular la solicitud (4 hojas) en la que os he señalado los apartados que os pueden hacer falta cumplimentar, dependiendo de lo que solicitéis. Y, al final, la hoja autorizando a otra persona a presentar la documentación.

Os advierto que mientras se redactaba esta circular se han producido modificaciones, que ya he incluido, y que pueden producirse más. Si me avisan de las modificaciones os mantendré informados, pero puede darse el caso de que se modifique algo cuando vayáis a presentar la documentación.

Juan Ramón Santos garcía  
Director Técnico



## ASISTENCIA SANITARIA

**ATENCIÓN:** Antes de empezar a cumplimentar la solicitud lea detenidamente todos los apartados y las **instrucciones** sobre cada uno de ellos. Rellene el impreso de la forma más completa y exacta posible, ya que así facilitará el trámite de su prestación.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

### DATOS DE LA PERSONA ASEGURADA

Primer apellido	Segundo apellido		Nombre				
Fecha de nacimiento	Sexo	Estado Civil	Núm. DNI - NIE - Pasaporte				
Núm. de la Seguridad Social	Nacionalidad						
Domicilio habitual			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Teléfono de contacto	Código postal	Localidad					
Provincia		País					

**Solicita la asistencia sanitaria (marque las casillas por los que desea solicitar la prestación):**

- Persona asegurada.**
- Persona asegurada con ingresos no superiores a cien mil euros:
- Ingresos íntegros del último ejercicio fiscal para los períodos comprendidos entre el 1 de noviembre del año siguiente a dicho ejercicio y el 31 de octubre posterior, obtenidos por rendimientos del trabajo, de capital, de actividades económicas y por ganancias patrimoniales ..... €
  - Tiene cobertura obligatoria de esta prestación por otra vía (régimen especial de funcionarios o a través de otro Estado):  
SÍ  NO
  - Tiene algún familiar asegurado:  
SÍ  NO
  - Reside en territorio español:  
SÍ  NO
- El reconocimiento de esta prestación como asegurado por esta modalidad es incompatible con la condición de beneficiario de otra persona asegurada. En este supuesto debe solicitarse como beneficiario.
- Menor de edad sujeto a tutela administrativa.

Apellidos y nombre:

Núm. DNI-NIE-Pasaporte

②

<input type="checkbox"/> Beneficiario/a	1 <sup>er</sup> Beneficiario	2 <sup>o</sup> Beneficiario	3 <sup>er</sup> Beneficiario	4 <sup>o</sup> Beneficiario
<input checked="" type="checkbox"/> Primer apellido				
Segundo apellido				
Nombre				
Teléfono de contacto				
Núm. DNI-NIE-Pasaporte				
Núm. de la Seguridad Social				
Fecha de nacimiento				
Parentesco/relación con el asegurado				
Ingresos íntegros (1)(2)	€	€	€	€
Convive con el asegurado (2)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tiene cobertura obligatoria de esta prestación por otra vía (3)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

(1).- Ingresos íntegros del último ejercicio fiscal para los períodos comprendidos entre el 1 de noviembre del año siguiente a dicho ejercicio y el 31 de octubre posterior, obtenidos por rendimientos del trabajo, de capital, de actividades económicas y por ganancias patrimoniales.

(2).- No es necesario su declaración en cónyuge, pareja de hecho, excónyuge o separación judicial.

(3).- A través del Régimen Especial de Funcionarios o a través de otro Estado.

#### 20120913 AUTORIZACIÓN DE CADA UNO DE LOS BENEFICIARIOS

Autorizo la verificación y cotejo de los datos económicos declarados con los de carácter tributario obrantes en la Agencia Estatal de la Administración Tributaria o en cualquier otro Organismo que tuviera atribuida la competencia sobre ellos, así como la consulta de los datos de identidad, domicilio y de residencia con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de esta solicitud, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

Firma de los beneficiarios mayores de edad.

1<sup>er</sup> beneficiario

2<sup>o</sup> beneficiario

3<sup>er</sup> beneficiario

4<sup>o</sup> beneficiario

Apellidos y nombre:

Núm. DNI-NIE-Pasaporte

③

**Cambio de beneficiario/s de un asegurado a otro**

Solicito el cambio de los beneficiarios que se relacionan en este impreso que se encuentran en la actualidad con el asegurado ..... , con DNI-NIE-Pasaporte .....

Para ello manifiesta la conformidad la persona asegurada indicada:

Firma

En caso contrario deberá aportar prueba suficiente de convivencia y dependencia económica de los beneficiarios (p. ej. sentencia).

**Solicitud presentada por el propio beneficiario**

Supuestos de separación judicial o divorcio: cumplimente en la página 1 los datos de la persona asegurada por la que solicita la condición de beneficiario y en la página 2 sus datos personales como beneficiario. Asimismo, indique a continuación su domicilio y firme la solicitud.

Domicilio habitual		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Teléfono de contacto	Código postal	Localidad				
Provincia		País				

**ALEGACIONES**

**DECLARO,** bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social cualquier variación que, de los mismos, pueda producirse en lo sucesivo.

**AUTORIZO** la verificación y cotejo de los datos económicos declarados con los de carácter tributario obrantes en la Agencia Estatal de la Administración Tributaria o en cualquier otro Organismo que tuviera atribuida la competencia sobre ellos, así como la consulta de los datos de identidad, domicilio y de residencia con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de esta solicitud, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

....., a ..... de ..... de 20 .....

Firma del solicitante

X

SR/SRA. DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL INSS DE .....

# PRESTACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA

## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

### *¿Cuándo es necesario presentar esta solicitud?:*

No es necesario presentar la solicitud para el reconocimiento de esta prestación a las personas que tienen la condición de aseguradas por ser trabajadores por cuenta ajena o propia, pensionistas, perceptores de prestaciones periódicas de la Seguridad Social y aquellas otras que se encuentren en situación de desempleo tras haber agotado la prestación o subsidio por desempleo.

Esta prestación se reconoce de oficio por el INSS.

Es necesario presentar la solicitud cuando se solicite esta prestación por:

- Las personas que no se encuentran en alguno de los supuestos anteriores y no tienen ingresos superiores en cómputo anual a cien mil euros.
- Los beneficiarios de las personas indicadas con anterioridad.
- También se debe utilizar para solicitar el cambio de los beneficiarios de un asegurado a otro.

### *¿Cómo debe cumplimentarla para solicitar la prestación por las distintas personas?*

**Solicitud del asegurado para sí mismo y/o para los beneficiarios:**

- Si solicita la prestación sólo como asegurado, marque la casilla persona asegurada.
- Si la solicita sólo para beneficiario, marque sólo la casilla beneficiario.
- Si la solicita como asegurado y para un beneficiario, marque las casillas asegurado y beneficiario.

Cambio de beneficiarios de un asegurado a otro: cumplimente la casilla prevista. Además, el asegurado donde se encuentran los beneficiarios debe dar su consentimiento mediante su firma. En caso contrario deberá aportar prueba suficiente de convivencia (p. ej. sentencia) y dependencia económica de los beneficiarios.

**Solicitud del beneficiario:** supuestos de separación judicial o divorcio: cumplimente los datos de la persona asegurada, los de los beneficiarios y marque la casilla "Solicitud presentada por el propio beneficiario".

### ***Página 1. Declaración de ingresos. Persona asegurada y beneficiarios.***

Se declararán los **ingresos** íntegros obtenidos por rendimientos de trabajo, de capital, de actividades económicas y por ganancias patrimoniales. En caso de haberse presentado la declaración del IRPF se tendrá en cuenta la suma del importe de las bases liquidables de dicho impuesto. Se tomará como referencia el último ejercicio fiscal para los periodos comprendidos entre el 1 de noviembre del año siguiente a dicho ejercicio y el 31 de octubre posterior.

### ***Página 2. Alegaciones:***

Si quiere añadir algo que considera importante para tramitar su prestación y no lo vea recogido en el formulario, indíquelo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE EMPLEO  
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



## AUTORIZACIÓN

Para el acceso a las bases de datos protegidos por la Ley 15/99, de 13 de diciembre  
(BOE nº 298 de 14-12-1999) de protección de datos de carácter personal

### Interesado

D./D<sup>a</sup>  
con documento de identificación nº  
SOLICITA, información/ documentación/certificado sobre  
En , a de de  
Firma

### A cumplimentar SOLO en caso de autorizar a otra persona

Autoriza a D./D<sup>a</sup> con documento de identificación nº  
a recibir dicha información/documentación/certificado.  
En , a de de  
Firma del autorizado  
  
Deberá aportar original/fotocopia del documento de identificación del solicitante y original de la persona autorizada