

MODELO DE INFORME MÉDICO

RECOMENDADO PARA LOS MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS QUE PRECISAN DEL MISMO PARA VISADO DE RECETA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL FACULTATIVO: _____

Nº DE COLEGIADO: _____ ESPECIALIDAD: _____

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ Nº DE AFILIACION A MUFACE: _____

DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMIENTO PRESCRITO: _____

POSOLOGÍA: _____

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: _____

Este informe tendrá validez durante el tiempo de tratamiento señalado en el mismo. Si no se especificara éste o fuera por tiempo indefinido, se considerará válido durante 12 meses.

LUGAR, FECHA, SELLO Y FIRMA DEL FACULTATIVO

INFORME DEL ASESOR MÉDICO, si procede

☐ FAVORABLE

☐ DESFAVORABLE por

_____ a _____ de _____ de _____

Sello y firma del Asesor Médico

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales), y el artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se informa que los datos personales facilitados serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar las prestaciones sanitarias en el Régimen del Mutualismo Administrativo.

Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante la Directora del Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE.

Más información en el apartado "[Privacidad y protección de datos](#)" de la página web de Muface.

Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: "[Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad](#)".