

EXPEDIENTE DE REINTEGRO DE GASTOS DE FARMACIA

SERVICIO PROVINCIAL	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUD

Número de afiliación	NIF/ Pasaporte/D.Identificación(UE)	DATOS DEL TITULAR		Entidad médica actual
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Teléfono	
Domicilio	Código postal y localidad	Provincia	País	
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN				
Nombre y apellidos (si fuese el propio titular, indíquese "el mismo")	NIF/ Pasaporte/ D.Identificación (UE)	Relación con el titular		
SI DESEA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD, INDIQUEN POR FAVOR SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.				
CAUSA DEL REINTEGRO		DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE		
<i>En cada solicitud se podrá incluir uno o varios tipos de reintegro. Marque con "X" la/s cuadrícula/s correspondiente/s.</i>		<i>Se acompañaran siempre los documentos que se indican para cada supuesto.</i>		
Medicamento no existente en el mercado nacional, adquirido por ello a través de la AEMPS o Consejerías de Salud de la CCAA o Centros Hospitalarios		<ul style="list-style-type: none"> - Informe del facultativo con diagnóstico y justificación de la prescripción - Factura del órgano administrativo correspondiente, extendida a nombre del titular o beneficiario. 		
Cámaras de inhalación de medicamentos para uso infantil (tipo Aerochamber) y sondas vesicales (Solo para casos excepcionales en que por razones médicas no sea posible la utilización de los productos incluidos en el SNS).		<ul style="list-style-type: none"> - Informe del facultativo justificando las razones por las que el paciente no puede utilizar algunas de las cámaras o sondas incluidas en la oferta del SNS - Factura de la oficina de farmacia con el "recibi/pagado" extendida a nombre del titular o beneficiario. 		
Calcitonina para enfermedad de PAGET.		<ul style="list-style-type: none"> - Informe clínico del facultativo especialista en reumatología, traumatología o medicina interna donde se exprese con toda precisión que se padece enfermedad de PAGET y la pauta del tratamiento con el medicamento que contenta calcitonina. - Factura de la oficina de farmacia con el "recibi/pagado" extendida a nombre del titular o beneficiario 		
Medicamentos para pacientes portadores del VIH /SIDA		<ul style="list-style-type: none"> - Informe médico donde conste el diagnóstico - Factura de la oficina de farmacia con el "recibi/pagado" extendida a nombre del titular o beneficiario 		
Medicamentos y productos sanitarios para pacientes diagnosticados de Fibrosis Quística		<ul style="list-style-type: none"> - Informe clínico del facultativo especialista en reumatología, traumatología o medicina interna donde conste el diagnóstico del facultativo especialista en neumología o medicina interna - Factura de la oficina de farmacia con el "recibi/pagado" extendida a nombre del titular o beneficiario 		
Hipercolesterolemia Familiar Heterocigota		<ul style="list-style-type: none"> - Informe médico cumplimentado por un médico especialista en cardiología, endocrinología o medicina interna donde se acredite expresamente que el paciente está afectado de una hipercolesterolemia familiar heterocigota. Junto con el informe médico se presentará el modelo con los criterios de diagnóstico del programa internacional de la O.M.S, MED-PED especificando si se trata de un diagnóstico "cierto" o "probable" (Anexo II). - Factura por consumos semestrales de la oficina de farmacia con el "recibi/pagado" extendida a nombre del titular o beneficiario 		
Medicamentos o productos dispensados por causa de accidente de servicio o enfermedad profesional.		<ul style="list-style-type: none"> - Se requiere previo reconocimiento de esta circunstancia a través del procedimiento establecido en la Orden APU 3554/2005. La primera vez que se solicita se requiere un informe médico con indicación de aquellos medicamentos cuya prescripción tenga su origen/causa en tratamientos directamente relacionados con el accidente de servicio o enfermedad profesional - Facturas por consumos semestrales de la oficina de farmacia con el "recibi/pagado", extendidas a nombre del titular o beneficiario 		
Medicamentos o productos farmacéuticos que deberán reunir características específicas y excepcionales para su reintegro		<ul style="list-style-type: none"> - Informe médico con su indicación específica y concreta y referencia a que su utilización se considere imprescindible para el tratamiento del paciente - Factura de la oficina de con el "recibi/pagado" extendida a nombre del Titular o beneficiario. - Declaración del titular sobre las causas que hayan concurrido (en los casos de urgencia o desconocimiento del procedimiento para medicamentos sometidos a reservas singulares) 		
OTROS DOCUMENTOS DE APORTACIÓN VOLUNTARIA:				



EXPEDIENTE DE REINTEGRO DE GASTOS DE FARMACIA

SERVICIO PROVINCIAL

REGISTRO DE PRESENTACIÓN

OFICINA DELEGADA

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUD

Número de afiliación	NIF/ Pasaporte/D.Identificación((UE)	DATOS DEL TITULAR		Entidad médica actual
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Teléfono	
Domicilio	Código postal y localidad	Provincia	País	
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN				
Nombre y apellidos (si fuese el propio titular, indíquese "el mismo")	NIF/ Pasaporte/ D.Identificación (UE)	Relación con el titular		
SI DESEA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD, INDIQUEN POR FAVOR SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.				
CAUSA DEL REINTEGRO		DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE		
<i>En cada solicitud se podrá incluir uno o varios tipos de reintegro. Marque con "X" la/s cuadrícula/s correspondiente/s.</i>		<i>Se acompañaran siempre los documentos que se indican para cada supuesto.</i>		
Medicamento no existente en el mercado nacional, adquirido por ello a través de la AEMPS o Consejerías de Salud de la CCAA o Centros Hospitalarios	<ul style="list-style-type: none"> - Informe del facultativo con diagnóstico y justificación de la prescripción - Factura del órgano administrativo correspondiente, extendida a nombre del titular o beneficiario. 			
Cámaras de inhalación de medicamentos para uso infantil (tipo Aerochamber) y sondas vesicales (Solo para casos excepcionales en que por razones médicas no sea posible la utilización de los productos incluidos en el SNS).	<ul style="list-style-type: none"> - Informe del facultativo justificando las razones por las que el paciente no puede utilizar algunas de las cámaras o sondas incluidas en la oferta del SNS - Factura de la oficina de farmacia con el "recibí/pagado" extendida a nombre del titular o beneficiario. 			
Calcitonina para enfermedad de PAGET.	<ul style="list-style-type: none"> - Informe clínico del facultativo especialista en reumatología, traumatología o medicina interna donde se exprese con toda precisión que se padece enfermedad de PAGET y la pauta del tratamiento con el medicamento que contenta calcitonina. - Factura de la oficina de farmacia con el "recibí/pagado" extendida a nombre del titular o beneficiario 			
Medicamentos para pacientes portadores del VIH /SIDA	<ul style="list-style-type: none"> - Informe médico donde conste el diagnóstico - Factura de la oficina de farmacia con el "recibí/pagado" extendida a nombre del titular o beneficiario 			
Medicamentos y productos sanitarios para pacientes diagnosticados de Fibrosis Quística	<ul style="list-style-type: none"> - Informe clínico del facultativo especialista en reumatología, traumatología o medicina interna donde conste el diagnóstico del facultativo especialista en neumología o medicina interna - Factura de la oficina de farmacia con el "recibí/pagado" extendida a nombre del titular o beneficiario 			
Hipercolesterolemia Familiar Heterocigota	<ul style="list-style-type: none"> - Informe médico cumplimentado por un médico especialista en cardiología, endocrinología o medicina interna donde se acredite expresamente que el paciente está afectado de una hipercolesterolemia familiar heterocigota. Junto con el informe médico se presentará el modelo con los criterios de diagnóstico del programa internacional de la O.M.S, MED-PED especificando si se trata de un diagnóstico "cierto" o "probable" (Anexo II). - Factura por consumos semestrales de la oficina de farmacia con el "recibí/pagado" extendida a nombre del titular o beneficiario 			
Medicamentos o productos dispensados por causa de accidente de servicio o enfermedad profesional.	<ul style="list-style-type: none"> - Se requiere previo reconocimiento de esta circunstancia a través del procedimiento establecido en la Orden APU 3554/2005. La primera vez que se solicita se requiere un informe médico con indicación de aquellos medicamentos cuya prescripción tenga su origen/causa en tratamientos directamente relacionados con el accidente de servicio o enfermedad profesional - Facturas por consumos semestrales de la oficina de farmacia con el "recibí/pagado", extendidas a nombre del titular o beneficiario 			
Medicamentos o productos farmacéuticos que deberán reunir características específicas y excepcionales para su reintegro	<ul style="list-style-type: none"> - Informe médico con su indicación específica y concreta y referencia a que su utilización se considere imprescindible para el tratamiento del paciente - Factura de la oficina de con el "recibí/pagado" extendida a nombre del Titular o beneficiario. - Declaración del titular sobre las causas que hayan concurrido (en los casos de urgencia o desconocimiento del procedimiento para medicamentos sometidos a reservas singulares) 			
OTROS DOCUMENTOS DE APORTACIÓN VOLUNTARIA:				

