



EXPEDIENT DE REINTEGRAMENT DE DESPESES DE FARMÀCIA	
SERVEI PROVINCIAL	REGISTRE DE PRESENTACIÓ
OFICINA DELEGADA	
CODI DE L'EXPEDIENT	REGISTRE D'ENTRADA A MUFACE

SOL·LICITUD

Número d'afiliació	NIF/ Passport/D.Identificació (UE)		DADES DEL TITULAR		Entitat mèdica actual	
Primer cognom		Segon cognom		Nom		Telèfon
Domicili			Codi postal i localitat		Província	País
DADES DEL BENEFICIARI DE LA PRESTACIÓ						
Nom i cognoms (si fos el mateix titular, indiqueu "el mateix")			NIF/ Passport/ D.Identificació (UE)		Relació amb el titular	
SI DESITJA REBRE INFORMACIÓ SOBRE LA TRAMITRACIÓ D'AQUESTA SOL·LICITUD, INDIQUEU SI US PLAU LA SEUA ADREÇA DE CORREU ELECTRÒNIC.						
MOTIU DEL REINTEGRAMENT				DOCUMENTS QUE S'HAN D'ACOMPANYAR		
En cada sol·licitud se podrà incloure un o més tipus de reintegrament. Marqueu amb "X" la/es quadrícula/es corresponent/s.				S'acompanyaran sempre els documents que s'indiquen per a cada supòsit.		
☐ Medicament no existent en el mercat nacional, per la qual cosa s'ha adquirit a través de l'AEMPS o Conselleries de Salut de les CCAA o Centres Hospitalaris				- Informe del facultatiu amb diagnòstic i justificació de la prescripció - Factura de l'òrgan administratiu corresponent, estesa a nom del titular o beneficiari.		
☐ Càmeres d'inhalació de medicaments per a us infantil (tipus Aerochamber) i sondes vesicals (Només per a casos excepcionals en que per raons mèdiques no sigui possible la utilització dels productes inclosos en el SNS).				- Informe del facultatiu justificant les raons per les què el pacient no pot utilitzar algunes de les càmeres o sondes incloses en l'oferta del SNS - Factura de l'oficina de farmàcia amb el "he rebut/he pagat" estesa a nom del titular o beneficiari.		
☐ Calcitonina per a malaltia de PAGET.				- Informe clínic del facultatiu especialista en reumatologia, traumatologia o medicina interna on s'expressi amb tota precisió que es pateix malaltia de PAGET i la pauta del tractament amb el medicament que contingui calcitonina. - Factura de l'oficina de farmàcia amb el "he rebut/he pagat" estesa a nom del titular o beneficiari		
☐ Medicaments per a pacients portadors del VIH /SIDA				- Informe mèdic on consti el diagnòstic - Factura de l'oficina de farmàcia amb el "he rebut/he pagat" estesa a nom del titular o beneficiari		
☐ Medicaments i productes sanitaris per a pacients diagnosticats de Fibrosi Quística				- Informe clínic del facultatiu especialista en reumatologia, traumatologia o medicina interna on consti el diagnòstic del facultatiu especialista en pneumologia o medicina interna - Factura de l'oficina de farmàcia amb el "he rebut/he pagat" estesa a nom del titular o beneficiari		
☐ Hipercolesterolèmia Familiar Heterocigota				- Informe mèdic emplenat per un metge especialista en cardiologia, endocrinologia o medicina interna on s'acrediti expressament que el pacient està afectat d'una hipercolesterolèmia familiar heterocigota. Juntament amb l'informe mèdic se presentarà el model amb els criteris de diagnòstic del programa internacional de l'OMS, MED-PED especificant si es tracta d'un diagnòstic "cert" o "probable" (Annex II). - Factura per consums semestral de l'oficina de farmàcia amb el "he rebut/he pagat" estesa a nom del titular o beneficiari		
☐ Medicaments o productes dispensats por causa d'accident de servei o malaltia professional.				- Es requereix que s'hagi reconegut prèviament aquesta circumstància a través del procediment establert en l'Ordre APU 3554/2005. La primera vegada que se sol·licita es requereix un informe mèdic amb indicació d'aquells medicaments la prescripció dels quals tingui el seu origen/causa en tractaments directament relacionats amb l'accident de servei o malaltia professional. - Factures per consums semestral de l'oficina de farmàcia amb el "he rebut/he pagat", esteses a nom del titular o beneficiari		
☐ Medicaments o productes farmacèutics que han de reunir característiques específiques i excepcionals per al seu reintegrament				- Informe mèdic amb la seva indicació específica i concreta i referència a que la seva utilització se consideri imprescindible per al tractament del pacient - Factura de l'oficina de farmàcia amb el "he rebut/he pagat" estesa a nom del titular o beneficiari. - Declaració del titular sobre las causes que hagin concorregut (en els casos d'urgència o desconeixement del procediment per a medicaments sotmesos a reserves singulars)		
ALTRES DOCUMENTS D' APORTACIÓN VOLUNTARIA:						

PASEU SEMPRE A LA PÀGINA SEGUENT

NETEJAR FORMULARI

EXEMPLAR PER MUFACE

CONTINGÈNCIA ORIGEN DE LA PRESTACIÓ

La contingència de "accident en acte de servei o malaltia professional" només és possible en els mutualistes i mai en els seus beneficiaris. Per al seu reconeixement és necessari que se tramiti l'expedient previst en l'Ordre APU 3554/2005 de 7 de novembre, pel qual es regula el procediment per al reconeixement dels drets derivats de malaltia professional i d'accident en acte de servei en l'àmbit del mutualisme administratiu gestionat per MUFACE. L'obtenció d'aquest reconeixement suposa que el mutualista té dret al reintegrament de totes les despeses de farmàcia, tant si ha abonat una part com la totalitat del preu dels medicaments.

☐ ACCIDENT DE SERVEI O MALALTIA PROFESSIONAL

Data de sol·licitud o, si escau, de resolució de l'expedient de reconeixement dels drets derivats de malaltia professional o accident en acte de servei.

DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA

IBAN

Entitat bancària

Sucursal

Dígit Control

Número compte/llibreta

DADES RELATIVES A LA NOTIFICACIÓ (Empleneu amb ☒ les opcions escollides)

Als efectes de la notificació, l'interessat assenyalat com a mitjà preferent:

☐ Servei postal

☐ Altres (indiqueu-ho)

i com a segon lloc de notificació (empleneu-ho només en el cas de que desitgeu que se practiqui en lloc diferent al assenyalat en l'apartat "dades del titular"):

☐ Domicili particular

☐ Domicili laboral

☐ Altre domicili

Domicili de la notificació (Avinguda., carrer o plaça)

Localitat

Codi postal

Província

País

Telèfon número

Declaro expressament:

a) Que les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes.

b) Que no he formulat sol·licitud, ni rebut ajuda pels mateixos fets, de cap altre servei de MUFACE, ni de cap altre Règim públic de Seguretat Social.

LLOC I DATA

SIGNATURA DEL SOL·LICITANT, o del seu representant degudament acreditat (Art. 5 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre)

PROTECCIÓN DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL : D'acord amb l'article 13 del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (Reglament General de Protecció de Dades Personals), i l'article 11 de la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personal i garantia dels drets digitals, s'informa que les dades personals facilitades seran tractades per MUFACE amb la finalitat de gestionar les prestacions sanitàries en el Règim del Mutualisme Administratiu.

Aquest tractament és necessari per al compliment de l'obligació legal establerta en els articles 4 i 12 del text refós de la Llei sobre Seguretat Social dels Funcionaris Civils de l'Estat (aprovat pel Reial Decret Legislatiu 4/2000, de 23 de juny). Podeu exercir els vostres drets en matèria de protecció de dades davant la Directora del Departament de Prestacions Sanitàries de MUFACE.

Més informació en l'apartat "Privacitat i protecció de dades" de la pàgina web de Muface. Delegat de Protecció de Dades de la Mutualitat: DPDMuface@muface.es.

MUTUALITAT GENERAL DE FUNCIONARIS CIVILS DE L'ESTAT

DILIGÈNCIA

Només s'emplenarà si la sol·licitud, en el seu tractament informàtic, és rebutjada per falta en el mutualista les condicions d'afiliació necessàries per a causar la prestació.

S'han comprovat les dades del mutualista al que es refereix aquesta sol·licitud i en la data del fet causant, a

- ☐ reunia les condicions d'afiliació necessàries per a la prestació.
- ☐ no reunia les condicions d'afiliació necessàries per a la prestació, per

, d de
EL /LA CAP DE COL·LECTIUS,

INFORME DE L'ASSESSOR/A MÈDIC/A DEL SERVEI PROVINCIAL

Només s'emetrà en els expedients en que el/la director/a del Servei Provincial ho estimi convenient.

Vista aquesta sol·licitud i la documentació aportada, s'emet informe

- ☐ FAVORABLE
- ☐ DESFAVORABLE, per

, d de
EL /L'ASSESSOR/ A MÈDIC/A,

PROPOSTA DE RESOLUCIÓ

Se proposa la següent resolució:

“Vista aquesta sol·licitud, els informes emesos i els antecedents oportuns, així com la normativa aplicable, s’acorda:

☐ LA SEVA APROVACIÓ, per reunir els requisits exigibles, concedint la quantitat de

En xifra	En lletre
EUROS	EUROS

En concepte de reintegrament de despeses de farmàcia al titular, el pagament del qual es pot realitzar sense més tràmits.

☐ LA SEVA DENEGACIÓ, per

, d de
EL / LA CAP DE PRESTACIONS,

Signat:

CONFORME Notifiquen i, si escau, disposeu el pagament sense més tràmits	, d de PER DELEGACIÓ DE LA DIRECCIÓ GENERAL DE MUFACE, (Resolució 25-05-2018) EL/LA DIRECTOR/A PROVINCIAL, Signat.:
--	--



EXPEDIENT DE REINTEGRAMENT DE DESPESES DE FARMÀCIA	
SERVEI PROVINCIAL	REGISTRE DE PRESENTACIÓ
OFICINA DELEGADA	
CODI DE L'EXPEDIENT	REGISTRE D'ENTRADA A MUFACE

SOL·LICITUD

Número d'afiliació	NIF/ Passaport/D.Identificació (UE)	DADES DEL TITULAR		Entitat mèdica actual	
Primer cognom		Segon cognom		Nom	Telèfon
Domicili		Codi postal i localitat		Província	País
DADES DEL BENEFICIARI DE LA PRESTACIÓ					
Nom i cognoms (si fos el mateix titular, indiqueu "el mateix")		NIF/ Passaport/ D.Identificació (UE)		Relació amb el titular	
SI DESITJA REBRE INFORMACIÓ SOBRE LA TRAMITRACIÓ D'AQUESTA SOL·LICITUD, INDIQUEU SI US PLAU LA SEUA ADREÇA DE CORREU ELECTRÒNIC.					

MOTIU DEL REINTEGRAMENT	DOCUMENTS QUE S'HAN D'ACOMPANYAR
<i>En cada sol·licitud se podrà incloure un o més tipus de reintegrament. Marqueu amb "X" la/es quadrícula/es corresponent/s.</i>	<i>S'acompanyaran sempre els documents que s'indiquen per a cada supòsit.</i>
☐ Medicament no existent en el mercat nacional, per la qual cosa s'ha adquirit a través de l'AEMPS o Conselleries de Salut de les CCAA o Centres Hospitalaris	- Informe del facultatiu amb diagnòstic i justificació de la prescripció - Factura de l'òrgan administratiu corresponent, estesa a nom del titular o beneficiari.
☐ Càmeres d'inhalació de medicaments per a us infantil (tipus Aerochamber) i sondes vesicals (Només per a casos excepcionals en que per raons mèdiques no sigui possible la utilització dels productes inclosos en el SNS).	- Informe del facultatiu justificant les raons per les què el pacient no pot utilitzar algunes de les càmeres o sondes incloses en l'oferta del SNS - Factura de l'oficina de farmàcia amb el "he rebut/he pagat" estesa a nom del titular o beneficiari.
☐ Calcitonina per a malaltia de PAGET.	- Informe clínic del facultatiu especialista en reumatologia, traumatologia o medicina interna on s'expressi amb tota precisió que es pateix malaltia de PAGET i la pauta del tractament amb el medicament que contingui calcitonina. - Factura de l'oficina de farmàcia amb el "he rebut/he pagat" estesa a nom del titular o beneficiari
☐ Medicaments per a pacients portadors del VIH /SIDA	- Informe mèdic on consti el diagnòstic - Factura de l'oficina de farmàcia amb el "he rebut/he pagat" estesa a nom del titular o beneficiari
☐ Medicaments i productes sanitaris per a pacients diagnosticats de Fibrosi Quística	- Informe clínic del facultatiu especialista en reumatologia, traumatologia o medicina interna on consti el diagnòstic del facultatiu especialista en pneumologia o medicina interna - Factura de l'oficina de farmàcia amb el "he rebut/he pagat" estesa a nom del titular o beneficiari
☐ Hipercolesterolèmia Familiar Heterocigota	- Informe mèdic emplenat per un metge especialista en cardiologia, endocrinologia o medicina interna on s'acrediti expressament que el pacient està afectat d'una hipercolesterolèmia familiar heterocigota. Juntament amb l'informe mèdic se presentarà el model amb els criteris de diagnòstic del programa internacional de l'OMS, MED-PED especificant si es tracta d'un diagnòstic "cert" o "probable" (Annex II). - Factura per consums semestral de l'oficina de farmàcia amb el "he rebut/he pagat" estesa a nom del titular o beneficiari
☐ Medicaments o productes dispensats per causa d'accident de servei o malaltia professional.	- Es requereix que s'hagi reconegut prèviament aquesta circumstància a través del procediment establert en l'Ordre APU 3554/2005. La primera vegada que se sol·licita es requereix un informe mèdic amb indicació d'aquells medicaments la prescripció dels quals tingui el seu origen/causa en tractaments directament relacionats amb l'accident de servei o malaltia professional. - Factures per consums semestral de l'oficina de farmàcia amb el "he rebut/he pagat", esteses a nom del titular o beneficiari
☐ Medicaments o productes farmacèutics que han de reunir característiques específiques i excepcionals per al seu reintegrament	- Informe mèdic amb la seva indicació específica i concreta i referència a que la seva utilització se consideri imprescindible per al tractament del pacient - Factura de l'oficina de farmàcia amb el "he rebut/he pagat" estesa a nom del titular o beneficiari. - Declaració del titular sobre las causes que hagin concorregut (en els casos d'urgència o desconeixement del procediment per a medicaments sotmesos a reserves singulares)
ALTRES DOCUMENTS D' APORTACIÓN VOLUNTARIA:	

EXEMPLAR PER A RETORNAR A L'INTERESSAT

CONTINGÈNCIA ORIGEN DE LA PRESTACIÓ

La contingència de "accident en acte de servei o malaltia professional" només és possible en els mutualistes i mai en els seus beneficiaris. Per al seu reconeixement és necessari que se tramiti l'expedient previst en l'Ordre APU 3554/2005 de 7 de novembre, pel qual es regula el procediment per al reconeixement dels drets derivats de malaltia professional i d'accident en acte de servei en l'àmbit del mutualisme administratiu gestionat per MUFACE. L'obtenció d'aquest reconeixement suposa que el mutualista té dret al reintegrament de totes les despeses de farmàcia, tant si ha abonat una part com la totalitat del preu dels medicaments.

☐ ACCIDENT DE SERVEI O MALALTIA PROFESSIONAL

Data de sol·licitud o, si escau, de resolució de l'expedient de reconeixement dels drets derivats de malaltia professional o accident en acte de servei.

DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA

IBAN

Entitat bancària

Sucursal

Dígit Control

Número compte/llibreta

DADES RELATIVES A LA NOTIFICACIÓ (Empleneu ☒ amb les opcions escollides)

Als efectes de la notificació, l'interessat assenyalava com a mitjà preferent:

☐ Servei postal

☐ Altres (indiqueu-ho)

i com a segon lloc de notificació (empleneu-ho només en el cas de que desitgeu que se practiqui en lloc diferent al assenyalat en l'apartat "dades del titular"):

☐ Domicili particular

☐ Domicili laboral

☐ Altre domicili

Domicili de la notificació (Avinguda., carrer o plaça)

Localitat

Codi postal

Província

País

Telèfon número

Declaro expressament:

c) Que les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes.

d) Que no he formulat sol·licitud, ni rebut ajuda pels mateixos fets, de cap altre servei de MUFACE, ni de cap altre Règim públic de Seguretat Social.

LLOC I DATA

SIGNATURA DEL SOL·LICITANT, o del seu representant degudament acreditat (Art. 5 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre)

PROTECCIÓN DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL : D'acord amb l'article 13 del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (Reglament General de Protecció de Dades Personals), i l'article 11 de la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personal i garantia dels drets digitals, s'informa que les dades personals facilitades seran tractades per MUFACE amb la finalitat de gestionar les prestacions sanitàries en el Règim del Mutualisme Administratiu.

Aquest tractament és necessari per al compliment de l'obligació legal establerta en els articles 4 i 12 del text refós de la Llei sobre Seguretat Social dels Funcionaris Civils de l'Estat (aprovat pel Reial Decret Legislatiu 4/2000, de 23 de juny). Podeu exercir els vostres drets en matèria de protecció de dades davant la Directora del Departament de Prestacions Sanitàries de MUFACE.

Més informació en l'apartat "Privacitat i protecció de dades" de la pàgina web de Muface. Delegat de Protecció de Dades de la Mutualitat: DPDMuface@muface.es.

MUTUALITAT GENERAL DE FUNCIONARIS CIVILS DE L'ESTAT