GOBIERNO DE ESPAÑA | MINISTERIO PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA | muface

EXPEDIENTE DE REINTEGRO DE GASTOS DE FARMACIA

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

GUARDAR | IMPRIMIR | BORRAR

S O L I C I T U D

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 TRAMITRACIÓN DE ESTA SOLICITUD, INDIQUEN POR FAVOR SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.

CAUSA DEL REINTEGRO	DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE
En cada solicitud se podrá incluir uno o varios tipos de reintegro. Marque con "X" la/s cuadrícula/s correspondiente/s.	*Se acompañaran siempre los documentos que se indican para cada supuesto.*
☐ 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	- 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).	- 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.	- 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	- Informe médico donde conste el diagnostico - 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	- 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	- 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.	- 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 aquello 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	- 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:	

• **PASE SIEMPRE A LA PÁGINASIGUIENTE**

EJEMPLAR PARA MUFACE

CONTINGENCIA ORIGEN DE LA PRESTACIÓN

La contingencia de "accidente en acto de servicio o enfermedad profesional" sólo es posible en los mutualistas y nunca en sus beneficiarios. Para su reconocimiento es preciso que se tramite el expediente previsto en la Orden APU 3554/2005 de 7 de noviembre, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de los derechos derivados de enfermedad profesional y de accidente en acto de servicio en el ámbito del mutualismo administrativo gestionado por MUFACE. La obten- ción de este reconocimiento supone que el mutualista tiene derecho al reintegro de todos los gastos de farmacia, tanto si ha abonado una parte como la totalidad del precio de los medicamentos.

☐ ACCIDENTE DE SERVICIO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

Fecha de solicitud o, si hay, de resolución del expediente de reconocimiento de los derechos derivados de enfermedad profesional o accidente en acto de servicio.

DATOS PARA EL PAGO POR TRASFERENCIA

CÓDIGO IBAN				CÓDIGO BANCO				CÓDIGO SUCURSAL				D.C		Nº CUENTA									

DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (*Rellene con ☒ las opciones elegidas*)

A los efectos de la notificación, el interesado señala como **medio preferente:**

☐ Servicio postal ☐ Otros (indíquese)

y como segundo lugar de notificación *(cumpliméntese sólo en el caso de que desee que se practique en lugar distinto al señalado en el apartado "datos del titular"):*

☐ Domicilio particular ☐ Domicilio laboral ☐ Otro domicilio

Domicilio de la notificación (Avda., calle o plaza) | Localidad | Código postal

Provincia | País | Teléfono número

Declaro expresamente:

a) Que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.

b) Que no he formulado solicitud, ni recibido ayuda por los mismos hechos, de ningún otro servicio de MUFACE, ni de ningún otro Régimen público de Seguridad Social.

LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado (Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

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 el 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: ".

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

EJEMPLAR PARA MUFACE

GOBIERNO DE ESPAÑA | MINISTERIO PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA | muface

EXPEDIENTE DE REINTEGRO DE GASTOS DE FARMACIA

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

GUARDAR | IMPRIMIR | BORRAR

S O L I C I T U D

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 TRAMITRACIÓN DE ESTA SOLICITUD, INDIQUEN POR FAVOR SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.

CAUSA DEL REINTEGRO	DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE
En cada solicitud se podrá incluir uno o varios tipos de reintegro. Marque con "X" la/s cuadrícula/s correspondiente/s.	*Se acompañaran siempre los documentos que se indican para cada supuesto.*
☐ 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	- 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).	- 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.	- 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	- Informe médico donde conste el diagnostico - 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	- 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	- 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.	- 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 aquello 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	- 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:	

• **PASE SIEMPRE A LA PÁGINASIGUIENTE**

EJEMPLAR PARA DEVOLVER AL INTERESADO

CONTINGENCIA ORIGEN DE LA PRESTACIÓN

La contingencia de "accidente en acto de servicio o enfermedad profesional" sólo es posible en los mutualistas y nunca en sus beneficiarios. Para su reconocimiento es preciso que se tramite el expediente previsto en la Orden APU 3554/2005 de 7 de noviembre, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de los derechos derivados de enfermedad profesional y de accidente en acto de servicio en el ámbito del mutualismo administrativo gestionado por MUFACE. La obten- ción de este reconocimiento supone que el mutualista tiene derecho al reintegro de todos los gastos de farmacia, tanto si ha abonado una parte como la totalidad del precio de los medicamentos.

☐ ACCIDENTE DE SERVICIO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

Fecha de solicitud o, si hay, de resolución del expediente de reconocimiento de los derechos derivados de enfermedad profesional o accidente en acto de servicio.

.

DATOS PARA EL PAGO POR TRASFERENCIA

CÓDIGO IBAN				CÓDIGO BANCO				CÓDIGO SUCURSAL				D.C		Nº CUENTA									

DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN *(Rellene conlas opciones elegidas)*

A los efectos de la notificación, el interesado señala como **medio preferente:** ☒

☐ Servicio postal ☐ Otros (indíquese)

y como segundo lugar de notificación *(cumpliméntese sólo en el caso de que desee que se practique en lugar distinto al señalado en el apartado "datos del titular"):*

☐ Domicilio particular ☐ Domicilio laboral ☐ Otro domicilio

Domicilio de la notificación (Avda., calle o plaza) | Localidad | Código postal

Provincia | País | Teléfono número

Declaro expresamente:

a) Que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.

b) Que no he formulado solicitud, ni recibido ayuda por los mismos hechos, de ningún otro servicio de MUFACE, ni de ningún otro Régimen público de Seguridad Social.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado
(Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

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 el 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: ".

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

EJEMPLAR PARA DEVOLVER AL INTERESADO