

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:				

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 obtención 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 (cumplímense 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



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:				

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 obtención 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 *(cumplimentese 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:

- Que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.
- 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