

EXPEDIENTE DE REINTEGRO DE GASTOS DE FARMACIA

SERVICIO PROVINCIAL

REXISTRO DE PRESENTACIÓN

OFICINA DELEGADA

CÓDIGO DO EXPEDIENTE

REXISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUDE

Número de afiliación	NIF/ Pasaporte/D.Identificación(UE)	DATOS DO TITULAR		Entidade médica actual
Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome	Teléfono	
Domicilio	Código postal e localidade	Provincia	País	
DATOS DO BENEFICIARIO DA PRESTACIÓN				
Nome e apelidos (si fose o propio titular, indíquese "o mesmo")		NIF/ Pasaporte/ D.Identificación(UE)	Relación co titular	
SI DESEXA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE A TRAMITACIÓN DESTA SOLICITUDE, POR FAVOR, INDIQUEN A SÚA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.				
CAUSA DO REINTEGRO		DOCUMENTOS QUE DEBEN ACHEGARSE		
<i>En cada solicitude poderase incluír un ou varios tipos de reintegro. Marque con "X" a/s cuadrícula/s correspondente/s.</i>		<i>Acompañaranse sempre os documentos que se indican para cada suposto.</i>		
Medicamento non existente no mercado nacional, adquirido por iso a través da AEMPS ou da Consellería de Saúde da CCAA ou Centros Hospitalarios		<ul style="list-style-type: none"> - Informe do facultativo con diagnóstico e xustificación da prescrición - Factura do órgano administrativo correspondente, estendida a nome do titular ou beneficiario. 		
Cámaras de inhalación de medicamentos para uso infantil (tipo Aerochamber) e sondas vesicais (Só para casos excepcionais en que por razóns médicas no sexa posible a utilización dos produtos incluídos no SNS).		<ul style="list-style-type: none"> - Informe do facultativo xustificando as razóns polas que o paciente non pode utilizar algunha das cámaras ou sondas incluídas na oferta do SNS. - Factura da oficina de farmacia co "recibín/pagado" estendida a nome do titular ou beneficiario. 		
Calcitonina para a enfermidade de PAGET.		<ul style="list-style-type: none"> - Informe clínico do facultativo especialista en reumatoloxía, traumatoloxía ou medicina interna onde se exprese, con toda precisión, que se padece a enfermidade de PAGET e a pauta do tratamento co medicamento que conteña calcitonina. - Factura da oficina de farmacia co "recibín/pagado" estendida a nome do titular ou beneficiario 		
Medicamentos para pacientes portadores do VIH / SIDA		<ul style="list-style-type: none"> - Informe médico onde conste o diagnóstico - Factura da oficina de farmacia co "recibín/pagado" estendida a nome do titular ou beneficiario 		
Medicamentos e produtos sanitarios para pacientes diagnosticados de Fibrosis Quística		<ul style="list-style-type: none"> - Informe clínico do facultativo especialista en neumoloxía ou medicina interna onde conste o diagnóstico. - Factura da oficina de farmacia co "recibín/pagado" estendida a nome do titular ou beneficiario 		
Hipercolesterolemia Familiar Heterocigota		<ul style="list-style-type: none"> - Informe médico cumprimentado por un médico especialista en cardiología, endocrinología ou medicina interna onde se acredite expresamente que o paciente está afectado dunha hipercolesterolemia familiar heterocigota. Xunto co informe médico presentárase o modelo cos criterios de diagnóstico do programa internacional da O.M.S, MED-PED, especificando si se trata dun diagnóstico "certo" ou "probable" (Anexo II). - Factura por consumos semestrales da oficina de farmacia co "recibín/pagado" estendida a nome do titular ou beneficiario 		
Medicamentos ou produtos dispensados por causa de accidente de servizo ou enfermidade profesional.		<ul style="list-style-type: none"> - Requírese recoñecemento previo desta circunstancia a través do procedemento establecido na Orden APU 3554/2005. A primeira vez que se solicita requírese un informe médico con indicación daqueles medicamentos cuxa prescrición teña a súa orixe/causa en tratamentos directamente relacionados co accidente de servizo ou enfermidade profesional - Facturas por consumos semestrais da oficina de farmacia co "recibín/pagado", estendidas a nome do titular ou beneficiario 		
Medicamentos ou produtos farmacéuticos que deberán reunir características específicas e excepcionais para o seu reintegro		<ul style="list-style-type: none"> - Informe médico coa súa indicación específica e concreta e referencia a que a súa utilización considérese imprescindible para o tratamento do paciente. - Factura da oficina de farmacia co "recibín/pagado" estendida a nome do titular ou beneficiario. - Declaración do titular sobre as causas que concorran (nos casos de urxencia ou descoñecemento do procedemento para medicamentos sometidos a reservas singulares) 		
OUTROS DOCUMENTOS DE APORTACIÓN VOLUNTARIA:				

EXPEDIENTE DE REINTEGRO DE GASTOS DE FARMACIA

SERVICIO PROVINCIAL

REXISTRO DE PRESENTACIÓN

OFICINA DELEGADA

CÓDIGO DO EXPEDIENTE

REXISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

SOLICITUDE

Número de afiliación	NIF/ Pasaporte/D. Identificación(UE)	DATOS DO TITULAR	Entidade médica actual
----------------------	---------------------------------------	-------------------------	------------------------

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome	Teléfono
------------------	-----------------	------	----------

Domicilio	Código postal e localidade	Provincia	País
-----------	----------------------------	-----------	------

DATOS DO BENEFICIARIO DA PRESTACION

Nome e apelidos (si fose o propio titular, indíquese "o mesmo")	NIF/ Pasaporte/ D. Identificación(UE)	Relación co titular
---	--	---------------------

SI DESEXA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE A TRAMITACIÓN DESTA SOLICITUDE, POR FAVOR, INDIQUEN A SÚA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.

CAUSA DO REINTEGRO	DOCUMENTOS QUE DEBEN ACHEGARSE
<i>En cada solicitude poderase incluír un ou varios tipos de reintegro. Marque con "X" a/s cuadrícula/s correspondente/s.</i>	<i>Acompañaranse sempre os documentos que se indican para cada suposto.</i>
Medicamento non existente no mercado nacional, adquirido por iso a través da AEMPS ou da Consellería de Saúde da CCAA ou Centros Hospitalarios	- Informe do facultativo con diagnóstico e xustificación da prescrición - Factura do órgano administrativo correspondente, estendida a nome do titular ou beneficiario.
Cámaras de inhalación de medicamentos para uso infantil (tipo Aerochamber) e sondas vesicais (Só para casos excepcionais en que por razóns médicas non sexa posible a utilización dos produtos incluídos no SNS).	- Informe do facultativo xustificando as razóns polas que o paciente non pode utilizar algunha das cámaras ou sondas incluídas na oferta do SNS. - Factura da oficina de farmacia co "recibín/pagado" estendida a nome do titular ou beneficiario.
Calcitonina para a enfermidade de PAGET.	- Informe clínico do facultativo especialista en reumatoloxía, traumatoloxía ou medicina interna onde se exprese, con toda precisión, que se padece a enfermidade de PAGET e a pauta do tratamento co medicamento que conteña calcitonina. - Factura da oficina de farmacia co "recibín/pagado" estendida a nome do titular ou beneficiario
Medicamentos para pacientes portadores do VIH / SIDA	- Informe médico onde conste o diagnóstico - Factura da oficina de farmacia co "recibín/pagado" estendida a nome do titular ou beneficiario
Medicamentos e produtos sanitarios para pacientes diagnosticados de Fibrosis Quística	- Informe clínico do facultativo especialista en neumoloxía ou medicina interna onde conste o diagnóstico. - Factura da oficina de farmacia co "recibín/pagado" estendida a nome do titular ou beneficiario
Hipercolesterolemia Familiar Heterocigota	- Informe médico cumprimentado por un médico especialista en cardiología, endocrinología ou medicina interna onde se acredite expresamente que o paciente está afectado dunha hipercolesterolemia familiar heterocigota. Xunto co informe médico presentárase o modelo cos criterios de diagnóstico do programa internacional da O.M.S, MED-PED, especificando si se trata dun diagnóstico "certo" ou "probable" (Anexo II). - Factura por consumos semestrales da oficina de farmacia co "recibín/pagado" estendida a nome do titular ou beneficiario
Medicamentos ou produtos dispensados por causa de accidente de servizo ou enfermidade profesional.	- Requírese recoñecemento previo desta circunstancia a través do procedemento establecido na Orden APU 3554/2005. A primeira vez que se solicita requírese un informe médico con indicación daqueles medicamentos cuxa prescrición teña a súa orixe/causa en tratamentos directamente relacionados co accidente de servizo ou enfermidade profesional - Facturas por consumos semestrais da oficina de farmacia co "recibín/pagado", estendidas a nome do titular ou beneficiario
Medicamentos ou produtos farmacéuticos que deberán reunir características específicas e excepcionais para o seu reintegro	- Informe médico coa súa indicación específica e concreta e referencia a que a súa utilización considérese imprescindible para o tratamento do paciente. - Factura da oficina de farmacia co "recibín/pagado" estendida a nome do titular ou beneficiario. - Declaración do titular sobre as causas que concorran (nos casos de urxencia ou descoñecemento do procedemento para medicamentos sometidos a reservas singulares)

OUTROS DOCUMENTOS DE APORTACIÓN VOLUNTARIA:

• PASE SEMPRE Á PÁXINA SEGUINTE

EXEMPLAR PARA DEVOLVER O INTERESADO

CONTINXENCIA ORIXEN DA PRESTACIÓN

A continxencia de "accidente en acto de servicio ou enfermidade profesional" soamente é posible nos mutualistas e nunca nos seus beneficiarios. Para o seu recoñecemento é preciso que se tramite o expediente previsto na Orden APU 3554/2005 de 7 de novembro, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento dos dereitos derivados de enfermidade profesional e de accidente en acto de servicio no ámbito do mutualismo administrativo xestionado por MUFACE. A obtención deste recoñecemento supón que o mutualista ten dereito ao reintegro de todos os gastos de farmacia, tanto si aboou unha parte como a totalidade do prezo dos medicamentos.

ACCIDENTE DE SERVICIO OU ENFERMIDADE PROFESIONAL

Data da solicitude ou, si houbésea, da resolución do expediente de recoñecemento dos dereitos derivados de enfermidade profesional ou accidente en acto de servicio.

DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRASFERENCIA

CÓDIGO IBAN				CÓDIGO BANCO				CÓDIGO SUCURSAL				D.C.		Nº CUENTA						

DATOS RELATIVOS Á NOTIFICACIÓN

(Marque con as opcións elixidas)

Aos efectos da notificación, o interesado sinala como **medio preferente**:

Servicio postal

Outros (indíquese)

e como segundo lugar de notificación (*cumprímtese só no caso de que desexe que se practique en lugar distinto ó sinalado no apartado "datos do titular"*):

Domicilio particular

Domicilio laboral

Outro domicilio

Domicilio da notificación (Avda., rúa ou praza)

Localidade

Código postal

Provincia

País

Teléfono número

Declaro expresamente:

c) Que os datos indicados nesta solicitude son certos.

d) Que non formulei solicitude, nin recibín axuda polos mesmos feitos, de ningún outro servicio de MUFACE, nin de ningún outro Réximen Público de Seguridade Social.

LUGAR E DATA

SINATURA DO SOLICITANTE, ou do seu representante debidamente acreditado (Art. 5 de la Lei 39/2015, de 1 de outubro)

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL : De acordo co artigo 13 do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 (Regulamento Xeral de Protección de Datos Persoais), e o artigo 11 da Lei Orgánica 3/2018, de 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais e garantía dos dereitos dixitais, infórmase que os datos persoais facilitados serán tratados por MUFACE coa finalidade de xestionar as prestacións sanitarias no Réxime do Mutualismo Administrativo.

Este tratamento é necesario para o cumprimento da obrigaón legal establecida nos artigos 4 e 12 do Texto Refundido da Lei sobre Seguridade Social dos Funcionarios Civís do Estado (aprobado por Real Decreto Lexislativo 4/2000, de 23 de xuño). Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante a Directora do Departamento de Prestacións Sanitarias de MUFACE

Máis información na apartado "[Privacidade e protección de datos](#)" da páxina web de Muface.

Delegado de Protección de Datos da Mutualidade: [Delegado de Protección de Datos da Mutualidade](#).

MUTUALIDADE XERAL DE FUNCIONARIOS CIVÍS DO ESTADO