



<b>EXPEDIENTE DE REINTEGRO DE GASTOS DE FARMACIA</b>	
SERVICIO PROVINCIAL	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

## SOLICITUD

Número de afiliación	NIF/ Pasaporte/D.Identificación( UE)	<b>DATOS DEL TITULAR</b>		Entidad médica actual
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Teléfono	
Domicilio	Código postal y localidad	Provincia	País	
<b>DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN</b>				
Nombre y apellidos (si fuese el propio titular, indíquese "el mismo")	NIF/ Pasaporte/ D.Identificación (UE)	Relación con el titular		
<b>CAUSA DEL REINTEGRO</b>		<b>DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE</b>		
<p><i>En cada solicitud se podrá incluir uno o varios tipos de reintegro. El importe del reintegro será igual a la cantidad abonada, menos la aportación que corresponda al beneficiario: en los casos 1 y 2, normalmente la aportación es del 30% o, para medicamentos de aportación reducida, del 10% sin sobrepasar un máximo; en los casos 3 y 4, la aportación es la que corresponda a cada caso concreto, según la normativa vigente.</i></p> <p>Marque con "X" la/s cuadrícula/s correspondiente/s.</p>		<p><i>Siempre los que se indican para cada supuesto, salvo en el caso 3 en el que sólo se precisará nuevo informe cuando exista variación en la pauta del tratamiento.</i></p> <p>Marque con "X" las cuadrículas que correspondan, como constancia de que acompaña los documentos necesarios en cada caso.</p>		
<p>1- <input type="checkbox"/> Medicamentos o productos no prescritos en receta oficial de MUFACE, por haber sido preciso acudir a facultativo ajeno a la Entidad a la que se pertenece o por no haber podido presentar en el acto médico el talonario de recetas de MUFACE.</p>		<p><input type="checkbox"/> Receta sellada por la farmacia, en unión de los cupones-precintos correspondientes.</p> <p><input type="checkbox"/> Declaración del titular sobre las causas que hayan concurrido.</p>		
<p>2- <input type="checkbox"/> Medicamento no existente en el mercado nacional, adquirido por ello a través de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.</p>		<p><input type="checkbox"/> Factura del órgano administrativo correspondiente, extendida a nombre del titular o beneficiario.</p> <p><input type="checkbox"/> Informe del facultativo justificando la medicación.</p>		
<p>3- <input type="checkbox"/> Calcitonina para enfermedad de PAGET.</p> <p><input type="checkbox"/> Vigilancia epidemiológica.</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos para afectados de Fibrosis Quística.</p>		<p><input type="checkbox"/> Facturas de la oficina de farmacia con el "recibi", extendidas a nombre del titular o beneficiario.</p> <p><input type="checkbox"/> Informe del especialista con el diagnóstico y la pauta de tratamiento.</p>		
<p>4- <input type="checkbox"/> Reintegro especial:</p> <p>A- <input type="checkbox"/> Medicamentos en "Uso Compasivo".</p> <p>B- <input type="checkbox"/> Otros supuestos especiales.</p>		<p><b>A</b> Para medicamentos en "Uso Compasivo":</p> <p><input type="checkbox"/> Factura del centro hospitalario.</p> <p><input type="checkbox"/> Autorización D.G.F. y P.S. y conformidad del Centro para efectuar el tratamiento (sólo para la primera solicitud de reintegro).</p> <p><b>B</b> Para otros supuestos especiales:</p> <p><input type="checkbox"/> Factura de la oficina de farmacia, con el "recibi", fragmento del cartonaje o, en su caso, factura del centro hospitalario sin cartonaje.</p> <p><input type="checkbox"/> Informe clínico del especialista.</p>		
<p>5- <input type="checkbox"/> Medicamentos o productos dispensados por causa de accidente de servicio o enfermedad profesional, tanto si se ha utilizado receta oficial de MUFACE como si no se ha hecho así.</p>		<p><input type="checkbox"/> Factura de la oficina de farmacia, con el "recibi", extendida a nombre del mutualista.</p>		

EJEMPLAR PARA MUFACE

## CONTINGENCIA ORIGEN DE LA PRESTACIÓN

La contingencia de "accidente 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 de la Presidencia del Gobierno de 7 de febrero de 1977. 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.

A estos fines, marque con "X" lo procedente y, en su caso, haga constar la fecha que se indica.

ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN

ACCIDENTE DE SERVICIO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

Fecha de solicitud o, si hay, de resolución del expediente de reconocimiento, según la Orden de 7-2-77.

## DATOS PARA EL PAGO POR TRASFERENCIA

Entidad bancaria

Sucursal

D .C .

Número de cuenta / libreta

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

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

N.º de fax  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:

- 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. 32 de la LRJAP-PAC)

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL** : A los efectos señalados en el art. 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, se advierte de la existencia, bajo la responsabilidad de la Dirección General de MUFACE, de los ficheros automatizados de datos de prestaciones y del colectivo, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de los mismos. Asimismo se informa de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de dichos datos.

# MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

## DILIGENCIA

*Sólo se cumplimentará si la solicitud, en su tratamiento informático, es rechazada por faltar en el mutualista las condiciones de afiliación precisas para causar la prestación.*

Se han comprobado los datos del mutualista al que se refiere la presente solicitud y en la fecha del hecho causante,

- reunía las condiciones de afiliación precisas para la prestación.  
 no reunía las condiciones de afiliación precisas para la prestación, por

, a                      de                      de  
EL /LA JEFE/A DE COLECTIVOS,

## INFORME DEL ASESOR/A MÉDICO/A DEL SERVICIO PROVINCIAL

*Sólo se emitirá en los expedientes en que el/la director/a del Servicio Provincial lo estime conveniente.*

Vista la presente solicitud y la documentación aportada, se emite informe

- FAVORABLE  
 DESFAVORABLE, por

, a                      de                      de  
EL /LA ASESOR/ A MÉDICO/A,

## PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

Se propone la siguiente resolución:

“Vista la presente solicitud, los informes emitidos y los antecedentes oportunos, así como la normativa aplicable, se acuerda:

SU APROBACIÓN, por reunir los requisitos exigibles, concediendo la cantidad de

En cifra	En letra
EUROS	EUROS

En concepto de reintegro de gastos de farmacia al titular, cuyo pago puede realizarse sin más trámites.

SU DENEGACIÓN, por

, a de de  
EL / LA JEFE/A DE PRESTACIONES,

**CONFORME**

Notifíquese y, en su caso, dispóngase el pago sin más trámites

, a de de

POR DELEGACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE MUFACE,  
EL / LA



<b>EXPEDIENTE DE REINTEGRO DE GASTOS DE FARMACIA</b>	
SERVICIO PROVINCIAL	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
OFICINA DELEGADA	
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

## SOLICITUD

Número de afiliación	NIF/ Pasaporte/D.Identificación( UE)	<b>DATOS DEL TITULAR</b>		Entidad médica actual
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Teléfono	
Domicilio	Código postal y localidad	Provincia	País	
<b>DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN</b>				
Nombre y apellidos (si fuese el propio titular, indíquese "el mismo")		NIF/ Pasaporte/ D.Identificación (UE)		Relación con el titular
<b>CAUSA DEL REINTEGRO</b>		<b>DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE</b>		
<p><i>En cada solicitud se podrá incluir uno o varios tipos de reintegro. El importe del reintegro será igual a la cantidad abonada, menos la aportación que corresponda al beneficiario: en los casos 1 y 2, normalmente la aportación es del 30% o, para medicamentos de aportación reducida, del 10% sin sobrepasar un máximo; en los casos 3 y 4, la aportación es la que corresponda a cada caso concreto, según la normativa vigente.</i></p> <p><i>Marque con "X" la/s cuadrícula/s correspondiente/s.</i></p>		<p><i>Siempre los que se indican para cada supuesto, salvo en el caso 3 en el que sólo se precisará nuevo informe cuando exista variación en la pauta del tratamiento.</i></p> <p><i>Marque con "X" las cuadrículas que correspondan, como constancia de que acompaña los documentos necesarios en cada caso.</i></p>		
<p>1- <input type="checkbox"/> Medicamentos o productos no prescritos en receta oficial de MUFACE, por haber sido preciso acudir a facultativo ajeno a la Entidad a la que se pertenece o por no haber podido presentar en el acto médico el talonario de recetas de MUFACE.</p>		<p><input type="checkbox"/> Receta sellada por la farmacia, en unión de los cupones-precintos correspondientes.</p> <p><input type="checkbox"/> Declaración del titular sobre las causas que hayan concurrido.</p>		
<p>2- <input type="checkbox"/> Medicamento no existente en el mercado nacional, adquirido por ello a través de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.</p>		<p><input type="checkbox"/> Factura del órgano administrativo correspondiente, extendida a nombre del titular o beneficiario.</p> <p><input type="checkbox"/> Informe del facultativo justificando la medicación.</p>		
<p>3- <input type="checkbox"/> Calcitonina para enfermedad de PAGET.</p> <p><input type="checkbox"/> Vigilancia epidemiológica.</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos para afectados de Fibrosis Quística.</p>		<p><input type="checkbox"/> Facturas de la oficina de farmacia con el "recibi", extendidas a nombre del titular o beneficiario.</p> <p><input type="checkbox"/> Informe del especialista con el diagnóstico y la pauta de tratamiento.</p>		
<p>4- <input type="checkbox"/> Reintegro especial:</p> <p>A- <input type="checkbox"/> Medicamentos en "Uso Compasivo".</p> <p>B- <input type="checkbox"/> Otros supuestos especiales.</p>		<p><b>A</b> Para medicamentos en "Uso Compasivo":</p> <p><input type="checkbox"/> Factura del centro hospitalario.</p> <p><input type="checkbox"/> Autorización D.G.F. y P.S. y conformidad del Centro para efectuar el tratamiento (sólo para la primera solicitud de reintegro).</p> <p><b>B</b> Para otros supuestos especiales:</p> <p><input type="checkbox"/> Factura de la oficina de farmacia, con el "recibi", fragmento del cartonaje o, en su caso, factura del centro hospitalario sin cartonaje.</p> <p><input type="checkbox"/> Informe clínico del especialista.</p>		
<p>5- <input type="checkbox"/> Medicamentos o productos dispensados por causa de accidente de servicio o enfermedad profesional, tanto si se ha utilizado receta oficial de MUFACE como si no se ha hecho así.</p>		<p><input type="checkbox"/> Factura de la oficina de farmacia, con el "recibi", extendida a nombre del mutualista.</p>		

EJEMPLAR PARA SELLAR Y DEVOLVER AL INTERESADO

## CONTINGENCIA ORIGEN DE LA PRESTACIÓN

La contingencia de "accidente 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 de la Presidencia del Gobierno de 7 de febrero de 1977. 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.

A estos fines, marque con "X" lo procedente y, en su caso, haga constar la fecha que se indica.

ENFERMEDAD O ACCIDENTE COMÚN

ACCIDENTE DE SERVICIO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

Fecha de solicitud o, si hay, de resolución del expediente de reconocimiento, según la Orden de 7-2-77.

## DATOS PARA EL PAGO POR TRASFERENCIA

Entidad bancaria

Sucursal

D .C .

Número de cuenta / libreta

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

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

N.º de fax  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:

- 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. 32 de la LRJAP-PAC)

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL** : A los efectos señalados en el art. 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, se advierte de la existencia, bajo la responsabilidad de la Dirección General de MUFACE, de los ficheros automatizados de datos de prestaciones y del colectivo, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de los mismos. Asimismo se informa de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de dichos datos.

# MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO