



## INSTRUCCIÓN

**MATERIA:** FARMACIA

**FECHA:** 1 DE FEBRERO DE 2019

**TÍTULO:** REINTEGRO DE GASTOS DE FARMACIA

### 1. NORMATIVA

- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.
- Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. (Artículo 102.9).
- Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento General del Mutualismo Administrativo (Artículo 74 y Sección 6ª).
- Real Decreto 1348/2003, de 31 de octubre, por el que se adapta la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC. (Anexo III y Anexo IV).
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. (Anexo V).
- Real Decreto 1867/1995, de 17 de noviembre, sobre prestaciones farmacéuticas a enfermos de SIDA y Orden de 24 de noviembre de 1995 de desarrollo.
- Real Decreto 9/1996, de 15 de enero, por el que se regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación con fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la sanidad y su régimen de suministro y dispensación a pacientes no hospitalizados. (Anexo II).
- Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los Productos Sanitarios.
- Orden APU 3554/2005, de 7 de noviembre, por la 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.
- Orden de Servicio de 20 de enero de 2004 en materia de Prestación Farmacéutica, sobre Especialidades Farmacéuticas del grupo C10AA Inhibidores de la HMG CoA Reductasa (estatinas), para pacientes con Hipercolesterolemia Familiar Heterocigota.

### 2. OBJETO

La presente instrucción tiene por objeto el establecimiento de las causas para el reintegro de gastos de farmacia al mutualista, así como el procedimiento a seguir para la correcta gestión y resolución de dichos expedientes.



### 3. CAUSAS DEL REINTEGRO Y REQUISITOS

Los reintegros de farmacia se clasifican en cuatro categorías en función de tipo de producto, el diagnóstico y tratamiento prescrito al paciente, la consideración de si es accidente de trabajo o enfermedad profesional y finalmente, aquellos relativos a supuestos especiales contemplados por la Mutualidad.

#### 3.1 Supuestos en función del tipo de producto:

A) **Medicamentos extranjeros no comercializados en España.** Aquellos medicamentos no existentes en el mercado nacional y que se obtienen a través de las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas, requerirán para su reintegro la presentación de informe médico y la correspondiente prescripción.

La cuantía a reintegrar al mutualista será la que corresponda según el tipo de medicamento, en función de si es de carácter ordinario o crónico, según el grupo o subgrupo que corresponda, conforme a lo establecido en el Real Decreto 1348/2003, de 31 de octubre, por el que se adapta la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC.

Para determinar el importe, el Servicio Provincial realizará consulta al Departamento de Prestaciones Sanitarias.

B) **Cámaras de inhalación de medicamentos para uso infantil** (tipo aerochamber). En aquellos supuestos en que el mutualista no pueda utilizar alguna de las cámaras incluidas en la oferta del Sistema Nacional de Salud (en adelante, SNS), deberá presentar informe clínico del facultativo donde se justifiquen estos motivos.

El servicio provincial deberá solicitar informe al Departamento de Prestaciones Sanitarias y el reintegro se efectuará por la totalidad de lo abonado por el mutualista, menos el 10% hasta el máximo fijado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (en adelante, MSCBS).

C) **Sondas vesicales.** Para aquellos casos en los que, por circunstancias específicas y/o excepcionales, no sea posible la utilización de las sondas incluidas en la oferta del SNS, será necesario informe clínico donde se justifique la imposibilidad de cubrir las necesidades con las sondas vesicales incluidas en la oferta del SNS.

El servicio provincial deberá solicitar informe al Departamento de Prestaciones Sanitarias y el reintegro se efectuará por la totalidad de lo abonado por el mutualista, menos el 10% hasta el máximo fijado por el MSCBS.



### 3.2 Supuestos en función del diagnóstico y tratamiento prescrito al paciente.

A) **Calcitonina para la enfermedad de PAGET**. Será necesario informe clínico del 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 contenga Calcitonina durante el período a que se refiera el reintegro.

B) **Medicamentos para pacientes portadores del VIH/SIDA**. Será necesario informe médico donde conste el diagnóstico.

La primera solicitud deberá ser siempre informada por el asesor médico.

En la tramitación y resolución de la solicitud se respetará especialmente el derecho a la intimidad y la confidencialidad conforme establece la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

C) **Medicamentos y productos sanitarios para pacientes diagnosticados de Fibrosis Quística**. Será necesario informe médico donde conste el diagnóstico.

D) Medicamentos cuyos principios activos sean del grupo terapéutico C10AA (estatinas), la ezetimiba, la combinación de ambos principios activos en un sólo medicamento o el colesvelam, así como cualquier otro que se determine por Resolución de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, para pacientes diagnosticados de **hipercolesterolemia familiar heterocigota**.

Será necesario presentar un informe médico oficial 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, especificando si se trata de un diagnóstico “cierto” o “probable” de acuerdo con los criterios de diagnóstico del programa internacional de la O.M.S, MED-PED (Anexo II).

Este informe médico irá acompañado del Anexo II que será cumplimentado por el médico especialista.

Para el conjunto de medicamentos contenidos en este epígrafe, la aportación por parte del mutualista será del 10% del PVP con el máximo establecido por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS), siendo causa de reintegro la diferencia entre el 30% aportado y ese 10% con el máximo establecido.



### 3.3 Reintegro en casos de accidente de servicio o enfermedad profesional.

Previo reconocimiento de esta circunstancia a través del procedimiento establecido en la Orden APU 3554/2005, de 7 de noviembre, por la 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 dispensación de medicamentos en estos casos será gratuita y, por consiguiente, en la utilización de la receta oficial procederá el reintegro del importe abonado por el interesado por los medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica, **cuya prescripción tenga su origen en tratamientos directamente relacionados con el accidente de servicio o la enfermedad.**

Muface asume la totalidad del importe, por lo que será objeto de reintegro lo aportado por el mutualista en la oficina de farmacia.

### 3.4 Supuestos especiales.

- A) Medicamentos o productos farmacéuticos que, reuniendo características específicas y excepcionales y existiendo en el mercado nacional, sean dispensados en oficinas de farmacia y no estén incluidos en los epígrafes de esta Instrucción.

La solicitud debe ir acompañada del informe médico correspondiente con indicación específica y concreta y referencia a que su utilización se considere imprescindible para el tratamiento del paciente

Requerirá informe del Departamento de Prestaciones Sanitarias, que procederá a comprobar los requisitos siguientes:

- Que el medicamento o producto sanitario no esté expresamente excluido de la prestación farmacéutica.
- Que no exista otro de acción y uso igual o similar que esté dotado de cupón precinto ASSS.
- En el caso de un producto sanitario, que cumpla, además, con los requisitos establecidos en el Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre por el que se regulan los Productos Sanitarios.
- Que se posea la necesaria información técnica sobre el producto y sus efectos.

- B) Cuando el beneficiario se haya visto obligado a acudir a un facultativo ajeno a la entidad a la que pertenezca por causa imputable a la misma o por razones de urgencia, no habiéndose podido efectuar por ello la prescripción en la receta oficial de Muface.



Será necesaria una declaración escrita del mutualista donde se exponga de manera justificada esta circunstancia.

- C) Cuando por razones de carácter excepcional debidamente justificadas, el beneficiario no haya podido presentar en el acto médico el talonario de recetas de Muface y, por consiguiente, el facultativo hubiera efectuado la prescripción en modelo de receta distinto.

Será necesaria una declaración escrita del mutualista donde se exponga de manera justificada esta circunstancia.

La cuantía a reintegrar al mutualista será la que corresponda según el tipo de medicamento, en función de si es de carácter ordinario o crónico, según el grupo o subgrupo que corresponda, conforme a lo establecido en el Real Decreto 1348/2003, de 31 de octubre, por el que se adapta la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC.

#### 4. PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES

Los mutualistas podrán dirigir la solicitud de reintegro de gastos de farmacia por dos vías:

1. **Sede electrónica.** <https://muface.sede.gob.es/login>

El acceso a la web se realiza mediante cl@ve. La configuración de la solicitud del mutualista en sede permite la identificación automática del solicitante, así como la posterior notificación electrónica.

2. Directamente ante el **Servicio Provincial (SP)** a través de presentación o envío del modelo de solicitud (Anexo I) junto con la documentación correspondiente. El envío se podrá realizar por correo postal o por registro oficial GEISER.

#### 5. PROCEDIMIENTO DE TRAMITACIÓN

La tramitación de la prestación se realizará en la aplicación SIGMA 2, independientemente de si se recibe en el Servicio Provincial o por sede electrónica.

Para el uso de la aplicación ACCEDA se deberán seguir las instrucciones publicadas en el Manual del tramitador.

1. Recepción de la solicitud. Registro de entrada GEISER y grabación en la aplicación SIGMA 2, adjudicando un código al expediente.



2. Comprobación de los requisitos de afiliación del titular o beneficiario, el cual deberá estar de alta en la fecha del hecho causante y en la fecha de presentación de la solicitud.
3. Revisión de la solicitud y la documentación adjunta. Comprobación de la correcta cumplimentación de la solicitud y revisión de documentos obligatorios y facturas presentadas, que deberán cumplir los requisitos legales establecidos.

En los casos de reintegros correspondientes a medicamentos para pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigota y accidente en acto de servicio o enfermedad profesional, los mutualistas aportarán las facturas por consumos semestrales.

4. Subsanación. Se requerirá subsanación al interesado, concediendo un plazo de 10 días para realizar alegaciones, si se advirtiera falta de algún documento indispensable de acuerdo con cada tipo de reintegro.

La subsanación se realizará mediante notificación por correo postal certificado, suspendiéndose así el plazo de resolución. En caso de que el interesado no realice subsanación del expediente se entenderá como desistido.

5. En los supuestos de reintegro de medicamentos para pacientes portadores del VIH/SIDA y Medicamentos para pacientes diagnosticados de hipercolesterolemia familiar heterocigota se requerirá, en el primer expediente, informe al asesor médico del SP

Dicho informe se comunicará en el espacio habilitado al efecto en la solicitud y será favorable o desfavorable para el reintegro solicitado. Asimismo, el asesor médico también podrá requerir documentación, si lo considera necesario.

6. A juicio del Director Provincial se podrá requerir informe al Departamento de Prestaciones Sanitarias en los reintegros de medicamentos extranjeros no comercializados en España, cámaras de inhalación de medicamentos para uso infantil y sondas vesicales.

Este informe se podrá solicitar siempre y cuando no se haya solicitado previamente, ni se trate del mismo producto, beneficiario y patología.

7. Valoración en SIGMA 2 de la prestación y emisión de la propuesta de resolución, que se elevará a la firma del Director del Servicio Provincial.
8. Firma de la resolución y pago por transferencia al mutualista de la cantidad correspondiente.
9. Notificación de la resolución al mutualista por correo postal certificado y, en su caso, de la comunicación de la orden de transferencia por correo postal o mail a través de SIGMA 2.
10. Archivo. Si el expediente ha sido estimado se archiva provisionalmente hasta su envío con la cuenta trimestral justificativa de prestaciones, mientras que si es desestimado se archiva definitivamente para custodia en el Servicio Provincial.





### **ENTRADA EN VIGOR**

La presente instrucción entrará en vigor el 1 de febrero de 2019.

### **DISPOSICIONES DEROGADAS**

La presente instrucción deroga y sustituye las siguientes instrucciones en lo que afecta a los supuestos y procedimiento de reintegro de gastos de farmacia:

- Instrucción PF-1/1999, de régimen de la prestación farmacéutica en el territorio nacional.

EL DIRECTOR GENERAL,

Antonio Sánchez Díaz





## ANEXO II

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA (PROGRAMA INTERNACIONAL DE LA O.M.S, MED-PED)

**SERVICIO PROVINCIAL / OF. DELEGADA DE:**

Nombre y apellidos del paciente .....  
 Nº de afiliación..... Entidad Médica .....  
 Nombre del médico.....  
 Nº de Colegiado.....Especialidad .....

<b>Historia Familiar:</b>			<b>Puntuación En caso afirmativo</b>
I.- Familiar de primer grado con enfermedad coronaria y/o vascular precoz	SI	NO	1
II.- Familiar de primer grado con C-LDL $\geq$ 210 mg/dl	SI	NO	1
y/o			
III.- Familiar de primer grado con Xantomas y/o Arco Corneal	SI	NO	2
IV.- Niño menor de 18 años con C-LDL $\geq$ 150 mg/dl	SI	NO	2
<b>Historia Personal:</b>			
I.- Antecedentes enfermedad coronaria precoz	SI	NO	2
II.- Antecedentes de enfermedad vascular periférica o cerebral precoz (precoz= < 55 años en varones y < 60 años en mujeres)	SI	NO	1
<b>Examen Físico</b>			
I.- Xantomas tendinosos	SI	NO	6
II.- Arco Corneal antes de los 45 años	SI	NO	4
<b>Analítica en ayunas, con triglicéridos &lt; 200 mg/dl</b>			
I.- C-LDL $\geq$ 330 mg/dL	SI	NO	8
II.- C-LDL 250 - 329 mg/dL	SI	NO	5
III.-C-LDL 190 - 249 mg/dL	SI	NO	3
IV.-C-LDL 155 - 189 mg/dL	SI	NO	1
<b>Alteración funcional del gen r-LDL (estudio genético)</b>	SI	NO	8
<b>TOTAL DE PUNTOS:</b>			
<b>Diagnóstico Clínico de Hipercolesterolemia Familiar:</b>			
Cierto: $\geq$ 8 puntos	Probable:	6 - 7 puntos	

- Marque lo que corresponda. Sólo la respuesta **afirmativa** puntúa para el diagnóstico clínico.
- Familiar de primer grado: padre, madre, hermanos(as), hijos(as).
- Enfermedad coronaria (infarto de miocardio, angina de pecho, angioplastia, revascularización coronaria) o vascular (claudicación intermitente; enfermedad carotídea sintomática, ictus, crisis isquémica transitoria; aneurisma de aorta abdominal, estudio de imagen vascular positivo, angioplastia vascular, cirugía de revascularización) precoz: es cuando ocurre antes de los 55 años en varones y antes de los 65 años en mujeres.
- La presencia de Xantomas tendinosos, **No incluye** a los xantelasma palpebrales.
- La concentración de colesterol LDL para el cálculo de la puntuación es **SIN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y HABIENDO DESCARTADO CAUSAS SECUNDARIAS DE HIPERCOLESTEROLEMIA.**

**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 del 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 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: <http://www.muface.es/protecciondedatos>

Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: [DPDMuface@muface.es](mailto:DPDMuface@muface.es)





## 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)	<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

SI DESEA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD, INDIQUEN POR FAVOR SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.

CAUSA DEL REINTEGRO	DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE
<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 el caso 1, normalmente la aportación es del 30% o, para medicamentos de aportación reducida, del 10% sin sobrepasar un máximo; en los casos 2, 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><i>Marque con "X" las cuadrículas que correspondan, como constancia de que acompaña los documentos necesarios en cada caso.</i></p>
<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.	<input type="checkbox"/> Receta sellada por la farmacia, en unión de los cupones-precintos correspondientes. <input type="checkbox"/> Declaración del titular sobre las causas que hayan concurrido. <input type="checkbox"/> Facturas de la oficina de farmacia con el "recibi", extendidas a nombre del titular o beneficiario.
<input type="checkbox"/> Medicamento no existente en el mercado nacional, adquirido por ello a través de las Consejerías de Salud de las CCAA o Centros hospitalarios.	<input type="checkbox"/> Factura del órgano administrativo correspondiente, extendida a nombre del titular o beneficiario. <input type="checkbox"/> Informe del facultativo justificando la medicación.
<input type="checkbox"/> Calcitonina para enfermedad de PAGET. <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia familiar heterocigota. <input type="checkbox"/> Medicamentos para afectados de Fibrosis Quística. <input type="checkbox"/> Medicamentos para pacientes diagnosticados VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Facturas de la oficina de farmacia con el "recibi", extendidas a nombre del titular o beneficiario. <input type="checkbox"/> Informe del especialista con el diagnóstico y la pauta de tratamiento.
A- <input type="checkbox"/> Cámaras de inhalación/sondas vesicales. B- <input type="checkbox"/> Otros supuestos especiales.	<input type="checkbox"/> Factura de la oficina de farmacia, con el "recibi", fragmento del cartón o, en su caso, factura del centro hospitalario sin cartón. <input type="checkbox"/> Informe clínico del especialista.
<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.	<input type="checkbox"/> Factura de la oficina de farmacia, con el "recibi", extendida a nombre del mutualista.

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.

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 de los derechos derivados de enfermedad profesional o accidente en acto de servicio.

## DATOS PARA EL PAGO POR TRASFERENCIA

IBAN

Entidad bancaria

Sucursal

Dígito Control

Número cuenta/libreta

## 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 del 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: <http://www.muface.es/protecciondedatos>

Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: [DPDMuface@muface.es](mailto:DPDMuface@muface.es).

# 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,

Fdo.:

**CONFORME**

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

, a de de  
POR DELEGACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE MUFACE,  
(Resolución 25-05-2018)  
EL/LA DIRECTOR/A PROVINCIAL,

Fdo.:



## 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)		<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	
SI DESEA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD, INDIQUEN POR FAVOR SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.							
<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 el caso 1, normalmente la aportación es del 30% o, para medicamentos de aportación reducida, del 10% sin sobrepasar un máximo; en los casos 2, 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><i>Marque con "X" las cuadrículas que correspondan, como constancia de que acompaña los documentos necesarios en cada caso.</i></p>			
<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.				<input type="checkbox"/> Receta sellada por la farmacia, en unión de los cupones-precintos correspondientes. <input type="checkbox"/> Declaración del titular sobre las causas que hayan concurrido. <input type="checkbox"/> Facturas de la oficina de farmacia con el "recibi", extendidas a nombre del titular o beneficiario.			
<input type="checkbox"/> Medicamento no existente en el mercado nacional, adquirido por ello a través de las Consejerías de Salud de las CCAA o Centros hospitalarios.				<input type="checkbox"/> Factura del órgano administrativo correspondiente, extendida a nombre del titular o beneficiario. <input type="checkbox"/> Informe del facultativo justificando la medicación.			
<input type="checkbox"/> Calcitonina para enfermedad de PAGET. <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia familiar heterocigota. <input type="checkbox"/> Medicamentos para afectados de Fibrosis Quística. <input type="checkbox"/> Medicamentos para pacientes diagnosticados VIH/SIDA				<input type="checkbox"/> Facturas de la oficina de farmacia con el "recibi", extendidas a nombre del titular o beneficiario. <input type="checkbox"/> Informe del especialista con el diagnóstico y la pauta de tratamiento.			
A- <input type="checkbox"/> Cámaras de inhalación/sondas vesicales. B- <input type="checkbox"/> Otros supuestos especiales.				<input type="checkbox"/> Factura de la oficina de farmacia, con el "recibi", fragmento del cartón o, en su caso, factura del centro hospitalario sin cartón. <input type="checkbox"/> Informe clínico del especialista.			
<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.				<input type="checkbox"/> Factura de la oficina de farmacia, con el "recibi", extendida a nombre del mutualista.			
<b>OTROS DOCUMENTOS DE APORTACIÓN VOLUNTARIA:</b>							

## 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.

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 de los derechos derivados de enfermedad profesional o accidente en acto de servicio.

## DATOS PARA EL PAGO POR TRASFERENCIA

IBAN

Entidad bancaria

Sucursal

Dígito Control

Número cuenta/libreta

## 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 del 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: <http://www.muface.es/protecciondedatos>

Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: [DPDMuface@muface.es](mailto:DPDMuface@muface.es).

# MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO