



**SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS DE FARMACIA**

Expediente nº.....

PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				NOMBRE			
NUM. DE AFILIACIÓN A MUGEJU				DOCUMENTO DE IDENTIDAD				TELÉFONO DE CONTACTO			
2	8	5									
DOMICILIO (a efectos de notificaciones)						CÓDIGO POSTAL			LOCALIDAD		
PROVINCIA				ENTIDAD MÉDICA				CORREO ELECTRÓNICO			
APELLIDOS Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO (EN SU CASO)								RELACIÓN CON EL TITULAR			

**CAUSA DEL REINTEGRO**

**DOCUMENTACIÓN QUE DEBE  
ACOMPañARSE**

Señale con una "X" la/s casilla/s correspondientes		
<input type="checkbox"/>	Medicamentos prescritos en receta no oficial Mugeju, por haber sido necesario acudir a facultativo ajeno a la Entidad a la que pertenece por causa imputable a la misma o por razones de urgencia, o por no haber podido presentar en el acto médico el talonario de recetas de Mugeju por razones excepcionales debidamente justificadas	- Informe médico justificativo. - Declaración por escrito del mutualista que justifique esta circunstancia. - Factura (*)
<input type="checkbox"/>	Calcitonina para la enfermedad del Paget. <input type="checkbox"/> Medicamentos en casos de VIH <input type="checkbox"/> Medicamentos para afectados de fibrosis quística. <input type="checkbox"/> Medicamentos en hipercolestolemia familiar heterocigota.	- Informe médico justificativo del diagnóstico y tratamiento. - Factura (*)
<input type="checkbox"/>	Medicamentos extranjeros, autorizados y adquiridos a través del Ministerio de Sanidad.	- Informe médico. - Factura (*) emitida por el organismo administrativo correspondiente.
<input type="checkbox"/>	Medicamentos para patologías derivadas de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional.	- Documentación administrativa que acredite el accidente en acto de servicio o enfermedad profesional. - Informe médico justificativo. - Factura (*)

(\*) (con todos los requisitos legales, no siendo válidos tickets de caja)

**DATOS BANCARIOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA**

IBAN				Entidad Bancaria				Sucursal				D. C.		Nº cuenta							

**DECLARACIÓN RESPONSABLE**

Declaro que los datos consignados en esta solicitud son ciertos  
LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE o REPRESENTANTE  
(En este último caso, indique nombre, DNI y relación con el interesado)



### **INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES**

Responsable	MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL
Fines del tratamiento	Protección sanitaria y social de las personas mutualistas y beneficiarias Control del gasto farmacéutico y financiación adecuada de medicamentos
Legitimación	RGPD 6.1.c), LOPD 8: Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento.
Destinatarios	MUGEJU
Derechos	Ejercer ante el responsable del tratamiento tus derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión (“derecho al olvido”), limitación del tratamiento.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra web: <a href="https://www.mugeju.es/informacion-institucional/proteccion-de-datos">https://www.mugeju.es/informacion-institucional/proteccion-de-datos</a>