



MINISTERIO
DE JUSTICIA

SECRETARÍA DE ESTADO
DE JUSTICIA

MUTUALIDAD GENERAL
JUDICIAL

SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS DE FARMACIA

Expediente nº.....

PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				NOMBRE			
NUM. DE AFILIACIÓN A MUGEJU				CORREO ELECTRÓNICO							
2	8	5									
DOMICILIO (a efectos de notificaciones)						CÓDIGO POSTAL		LOCALIDAD			
PROVINCIA				ENTIDAD MÉDICA				TELÉFONO DE CONTACTO			
APELLIDOS Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO											

CAUSA DEL REINTEGRO

**DOCUMENTACIÓN QUE DEBE
ACOMPañARSE**

<p>Cada solicitud puede incluir como máximo 4 tipos de reintegro. Señale con una "X" la/s casilla/s correspondientes</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> Calcitonina para la enfermedad del Paget.</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos en casos de VIH</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos para afectados de fibrosis quística.</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos en hipercolestolemia familiar heterocigota</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos extranjeros, autorizados y adquiridos a través del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos para patologías derivadas de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional.</p> <p><input type="checkbox"/> Otros supuestos</p>	<p>- Informe médico justificativo.</p> <p>- Receta (si la prescripción no consta en el informe médico)</p> <p>- Factura (*)</p> <p>- Informe médico.</p> <p>- Factura (*) emitida por el organismo administrativo correspondiente.</p> <p>- Documentación administrativa que acredite el accidente en acto de servicio o enfermedad profesional.</p> <p>- Informe médico justificativo.</p> <p>- Factura(*)</p>
---	---

(*) (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					

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: A los efectos señalados en el art. 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (BOE de 14-12-1999), se advierte de la existencia, bajo responsabilidad de la Mutualidad General Judicial, del fichero automatizado de datos de prestaciones, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de las mismas.

En, a de..... de.....

FIRMA DEL MUTUALISTA O REPRESENTANTE

(En este último caso, indíquese nº del DNI y relación con el interesado)

CORREO ELECTRÓNICO Y PÁGINA WEB:

mugeju@justicia.es
www.mugeju.es

MARQUÉS DEL DUERO, 7
28001 MADRID
TEL. 91 586 03 00