



MINISTERIO
DE JUSTICIA

**SOLICITUD PREPARADA
PARA CUMPLIMENTARSE
ELECTRÓNICAMENTE**

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	9								
DOMICILIO (a efectos de notificaciones)						CÓDIGO POSTAL		LOCALIDAD			
PROVINCIA				ENTIDAD MÉDICA				TELÉFONO DE CONTACTO			
APELLIDOS Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO											

CAUSA DEL REINTEGRO

DOCUMENTACIÓN NECESARIA

Cada solicitud puede incluir uno o más tipos de reintegro. 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. - Receta (si la prescripción no consta en el informe médico) - 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 hipercolesterolemia familiar heterocigota	
<input type="checkbox"/> Medias de compresión normal	- Informe médico - Factura (*) - Fragmento del cartón en el que conste marca, modelo, lote y marcado CE
<input type="checkbox"/> Medicamentos extranjeros, autorizados y adquiridos a través del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.	- Informe médico. - Factura (*) emitida por el organismo administrativo correspondiente.
<input type="checkbox"/> Medicamentos de Uso Compasivo	- Autorización de la autoridad sanitaria competente - Conformidad del centro hospitalario para realizar el tratamiento. - Factura (*) del centro hospitalario.
<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(*)
<input type="checkbox"/> Otros supuestos	

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

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

IBAN				Entidad Bancaria				Sucursal				D.C.				Nº cuenta/libreta			

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-XII-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 titular)

CORREO ELECTRÓNICO Y PÁGINA WEB:

mugeju@justicia.es
www.mugeju.es

MARQUÉS DEL DUERO, 7
28001 MADRID
TEL. 91 586 03 00
FAX 91 586 59 04