



SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS DE FARMACIA

DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE

| | | | | | |
|-----------------|--|----------------------|-------------------------------------|---|--|
| PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | NOMBRE | |
| | | | | | |
| NIF | | NÚMERO DE AFILIACIÓN | | ENTIDAD MÉDICA | |
| | | 285 | | | |
| TELÉFONO FIJO | | TELÉFONO MÓVIL | | CORREO ELECTRÓNICO (Marque el recuadro si acepta la comunicación electrónica) | |
| | | | | <input type="checkbox"/> | |
| BENEFICIARIO | | | APELLIDOS Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO | | |
| | | | | | |

DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

| | | | | | |
|-----------------------|--|--------------|--------|-----------|----------|
| CALLE/PLAZA/AVENIDA.. | | NOMBRE CALLE | | | |
| | | | | | |
| NÚMERO | | PISO | PUERTA | BLOQUE | ESCALERA |
| | | | | | |
| CÓDIGO POSTAL | | LOCALIDAD | | PROVINCIA | |
| | | | | | |

DATOS BANCARIOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

| IBAN | | | | Entidad Bancaria | | | | Sucursal | | | | D.C. | | Número de cuenta | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|------------------|--|--|--|----------|--|--|--|------|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CAUSAS DE REINTEGRO: Cada solicitud puede incluir como máximo 4 tipos de reintegro. Señale con una "X" la/s casilla/s correspondiente/s

| CAUSA DEL REINTEGRO | DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ACOMPAÑARSE |
|--|--|
| <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 por razones excepcionales, debidamente justificadas. | <ul style="list-style-type: none"> - Informe médico justificativo - Receta (si la prescripción no consta en el informe médico) - Factura (*) |
| <input type="checkbox"/> Calcitonina para la enfermedad de 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 | |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos extranjeros, autorizados y adquiridos a través del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. | <ul style="list-style-type: none"> - Informe médico justificativo - Factura (*) emitida por el organismo administrativo correspondiente |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos para patologías derivadas de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional. | <ul style="list-style-type: none"> - Documentación administrativa que acredite el accidente en acto de servicio o enfermedad profesional - Informe médico justificativo - Factura (*) |
| <input type="checkbox"/> Otro supuestos | |

(*) Con todos los requisitos legales. No siendo válidos los tickets de caja.

DECLARACIÓN RESPONSABLE

| | |
|--|---|
| Declaro que los datos consignados en esta solicitud son ciertos LUGAR Y FECHA | FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE o REPESENTANTE (En este último caso, indique DNI y relación con el interesado) |
|--|---|

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

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), se informa que los datos personales facilitados mediante este formulario serán tratados por: MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL SECRETARIA GENERAL, con la finalidad de: PRESTACIÓN FARMACÉUTICA.

El mencionado tratamiento de datos personales es necesario para el cumplimiento de la misión realizada en interés público y para el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento (artículo 6.1.e RGPD). Cesiones de datos previstas: a) A las entidades de seguro de asistencia sanitaria que tienen suscrito contrato o concierto con este organismo, para el ejercicio de las finalidades determinadas para este fichero. b) A las unidades con responsabilidad en materia de SANIDAD de las distintas administraciones públicas y organismos públicos dependientes de ellas y al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, en virtud de lo dispuesto en el Capítulo V de la Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Podrá ejercer sus derechos ante el responsable del tratamiento.

| | | |
|------------------------------------|--|---|
| RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO | MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL SECRETARIA GENERAL | Datos de contacto del Responsable: CALLE MARQUÉS DEL DUERO,7, 28001, MADRID Tel.: 91 586 03 00 Correo electrónico: http://www.mugeju.es/contacto |
| | | Datos de contacto del Delegado de Protección de Datos: C/ Bolsa núm. 8. 28071, Madrid. Tels.: 902 007 214 y 91 837 22 95. http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/es/atencion-ciudadano#seccion_1 |
| FINES DEL TRATAMIENTO | PRESTACIÓN FARMACÉUTICA | Control del gasto farmacéutico y uso adecuado de medicamentos. |
| | | Plazo de conservación: Los datos personales no son objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado que produzcan efectos jurídicos o afecten significativamente al interesado, salvo circunstancias expresamente previstas por el Reglamento General de Protección de Datos. Tampoco se usan en tratamientos automatizados para elaboración de perfiles. |
| LEGITIMACIÓN | Cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento (artículo 6.1.e RGPD). | Base jurídica del tratamiento: Real Decreto Legislativo 3/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen especial de Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia. Real Decreto 1026/2011, de 15 de julio, por el que se aprueba el Reglamento del Mutualismo Judicial. |
| | | El interesado está obligado a facilitar los datos en virtud de lo dispuesto en los apartados 4, 5, 80 y 81 del artículo 19 del Real Decreto 1026/2011, de 15 de julio, por el que se aprueba el Reglamento del Mutualismo Judicial. |
| DESTINATARIOS | Cesiones de datos previstas: A los destinatarios indicados | a) A las entidades de seguro de asistencia sanitaria que tienen suscrito contrato o concierto con este organismo, para el ejercicio de las finalidades determinadas para este fichero. b) A las unidades con responsabilidad en materia de SANIDAD de las Administraciones Públicas y Organismos Públicos dependientes de ellas y al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, en virtud de lo dispuesto en el Capítulo V de la Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. |
| | Transferencias a terceros países | No se prevé transferir datos personales a terceros países ni a organizaciones internacionales. |
| DERECHOS | Acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad de los datos. | Cómo ejercer sus derechos: puede ejercer los derechos de acceso, rectificación supresión, limitación, oposición y portabilidad de los datos, dirigiéndose al responsable del tratamiento, o a través de la red de oficinas de asistencia en materia de registros (https://administracion.gob.es). |
| | | Derecho a reclamar: ante la Agencia Española de Protección de Datos. |