



EXPEDIENTE DE PRESTACIÓN COMPLEMENTARIA	
SERVICIO PROVINCIAL	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
OFICINA DELEGADA	REGISTRO DE ENTRADA
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	

## SOLICITUD

Numero de afiliación	Entidad médica	<b>DATOS DEL TITULAR</b>		DNI/NIE/Pasaporte	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Teléfono: Fijo Móvil		
Domicilio		Código postal y localidad	Provincia	País	
Si desea recibir información, indique su dirección de correo electrónico .....@.....					
<b>DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN</b>					
Nombre y apellidos (si fuese el propio titular, indíquese "el mismo")			DNI/NIE/Pasaporte		Relación con el titular
<b>DATOS PARA INFORMACIÓN SOBRE LA NOTIFICACIÓN</b>					
Cumplímense si desea que la notificación se practique en lugar distinto de su domicilio:					
Calle y nº: .....					
Código Postal y localidad: .....Provincia.....País.....					
<input type="checkbox"/> Se solicita devolución de la factura a cuyo fin se presenta original y fotocopia. La factura se devolverá una vez resuelto el expediente.					

EL EXPEDIENTE SE RESOLVERÁ DE ACUERDO CON LOS CONCEPTOS REFLEJADOS EN LA FACTURA Y LA NORMATIVA VIGENTE.

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE	
<b>1. MATERIAL ORTOPROTÉSICO</b>	<i>Acompáñese siempre el documento señalado con <input checked="" type="checkbox"/> y, en el caso que proceda, el señalado con <input type="checkbox"/>, marcándolo con X</i>
	<input checked="" type="checkbox"/> Informe del correspondiente especialista, concertado con la entidad médica, con el diagnóstico y la prescripción del producto sanitario (descripción y código).
	<input checked="" type="checkbox"/> Factura original del establecimiento suministrador autorizado. La factura deberá detallar conceptos y precios y tener constancia del pago o acompañarse, en su caso, del recibo que lo acredite.
	<input type="checkbox"/> En el caso de titular adscrito al INSS, documentación que acredite que, habiendo utilizado los servicios sanitarios que le corresponden, ha solicitado la prestación en el organismo competente y no la ha obtenido o la ha obtenido en cuantía inferior a la financiada por MUFACE.
	<input type="checkbox"/> En el caso que, excepcionalmente y a petición del interesado, se autorice por la Mutualidad el pago directo al establecimiento suministrador autorizado, y que solo será posible cuando la cuantía sea igual o menor, factura con los mismos requisitos antes mencionados salvo que irá expedida a nombre de MUFACE, con indicación del beneficiario y, en lugar de constar el pago, figurará el "conforme" del titular.
<input type="checkbox"/> En caso de reparación, certificado de garantía del producto.	

<b>2. DENTARIAS</b>	<p>Acompáñese siempre el documento señalado con <input checked="" type="checkbox"/> y, en el caso que proceda, el señalado con <input type="checkbox"/>, marcándolo con X</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Factura original del odontólogo, estomatólogo o cirujano maxilofacial que haya realizado la implantación o el tratamiento. La factura deberá detallar conceptos y precios y tener constancia del pago o acompañarse, en su caso, del recibo que lo acredite. Si se aporta factura de protésico dental, deberá acompañarse de la factura o informe del especialista que haya realizado la prescripción e implantación del tratamiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Si se trata de ortodoncia y el beneficiario ha cumplido los 18 años en la fecha de la factura, informe del facultativo especialista acreditativo de la fecha en que comenzó el tratamiento.</p>		
	<b>3. OCULARES</b>	<p>Acompáñese siempre el documento señalado con <input checked="" type="checkbox"/> y, en el caso que proceda, el señalado con <input type="checkbox"/>, marcándolo con X</p> <p><input type="checkbox"/> En las solicitudes de ayudas para lente terapéutica y ayudas prismáticas para alteraciones severas de la motilidad ocular, informe del oftalmólogo con el diagnóstico y la prescripción.</p> <p><input type="checkbox"/> Para la primera solicitud de ayudas ópticas para baja visión informe del oftalmólogo en el que se detalle la agudeza visual del beneficiario y, en su caso, del campo visual.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Factura original de la óptica, o en su caso del oftalmólogo. La factura deberá detallar conceptos y precios y tener constancia del pago o acompañarse, en su caso, del recibo que lo acredite.</p>	
<b>4. OTRAS</b>		<input type="checkbox"/> AUDÍFONO	<input type="checkbox"/> LARINGÓFONO
	<p>Acompáñese siempre el documento señalado con <input checked="" type="checkbox"/> y, en el caso que proceda, el señalado con <input type="checkbox"/>, marcándolo con X</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Informe del correspondiente especialista, concertado con la entidad médica, con el diagnóstico y la prescripción del producto sanitario.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Factura original del establecimiento suministrador autorizado. La factura deberá detallar conceptos y precios y tener constancia del pago o acompañarse, en su caso, del recibo que lo acredite.</p> <p><input type="checkbox"/> En el caso de titular adscrito al INSS, documentación que acredite que, habiendo utilizado los servicios sanitarios que le corresponden, ha solicitado la prestación en el organismo competente y no la ha obtenido o la ha obtenido en cuantía inferior a la financiada por MUFACE.</p> <p><input type="checkbox"/> En caso de reparación, certificado de garantía del producto.</p>		

#### DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	D.C.	Nº cuenta / libreta
------	------------------	----------	------	---------------------

Declaro expresamente que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.

LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado (Art. 32 de la LRJAP- PAC)
---------------	---

**COMUNICACIÓN INFORMATIVA:** De conformidad con lo establecido en el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (LRJAP-PAC), se informa que el plazo máximo normativamente establecido para la resolución y notificación de la solicitud es de dos meses desde la fecha en que ha tenido entrada en el Registro del órgano competente para su tramitación, siendo los efectos de la falta de resolución en plazo estimatorios.

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:** A los efectos previstos en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, se informa que los datos consignados serán objeto de tratamiento informático, e incorporados a los ficheros automatizados de Colectivo y de Prestaciones de MUFACE, regulados por la Orden APU/2074/2004, de 10 de junio. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus datos ante el Servicio Provincial o remitiendo un escrito identificado con la referencia "Protección de Datos" a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) en Paseo Juan XXIII, nº 26, 28040 Madrid.

## MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

## DILIGENCIA

*Sólo se cumplimentará si la solicitud, en su tratamiento informático, es rechazada por faltar en el titular o, en su caso, en el beneficiario las condiciones de afiliación precisas para causar la prestación.*

Se han comprobado los datos del titular y, en su caso, del beneficiario de la presente solicitud y en la fecha del hecho causante

- reunía/n las condiciones de afiliación precisas para la prestación.
- no reunía/n las condiciones de afiliación precisas para la prestación, por

, a                    de                    de  
EL /LA JEFE/A DE COLECTIVO,

## INFORME DEL/ DE LA ASESOR/A MÉDICO/A DEL SERVICIO PROVINCIAL

*Sólo se emitirá en los expedientes en que el/la directora/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 letra	EUROS
----------	-------

en concepto de ayuda económica baremada al Titular, según el siguiente detalle:

Concepto	Número	Euros por Unidad/Baremo	EUROS
- Dentadura completa (superior e inferior)	X	=	
- Dentadura superior o inferior	X	=	
- Pieza, cada una	X	=	
- Empaste, cada uno	X	=	
- Implante osteointegrado (compatible con pieza o dentadura)	X	=	
- Tratamiento de ortodoncia	X	=	
- Endodoncia	X	=	
- Gafas (de lejos o cerca)	X	=	
- Gafas bifocales / progresivas	X	=	
- Sustitución de cristal (lejos o cerca)	X	=	
- Sustitución de cristal bifocal/progresivo	X	=	
- Lentilla	X	=	
- Lentillas desechables	X	=	
- Lente terapéutica, cada una	X	=	
- Ayudas ópticas Baja Visión		=	
- Ayudas prismáticas para alteraciones severas motilidad ocular		=	
- Audífono	X	=	
- Laringófono		=	
- Colchón o Colchoneta antiescaras (con o sin compresor)		=	
- Material Ortoprotésico		=	
<b>TOTAL</b>			Euros

SU DENEGACIÓN, por

, a                    de                    de  
EL/ LA JEFE DE PRESTACIONES,

**CONFORME**

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

, a                    de                    de  
POR DELEGACIÓN DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE MUFACE,  
EL / LA



EXPEDIENTE DE PRESTACIÓN COMPLEMENTARIA	
SERVICIO PROVINCIAL	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
OFICINA DELEGADA	REGISTRO DE ENTRADA
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	

## SOLICITUD

Numero de afiliación	Entidad médica	<b>DATOS DEL TITULAR</b>		DNI/NIE/Pasaporte	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Teléfono: Fijo Móvil		
Domicilio		Código postal y localidad	Provincia	País	
Si desea recibir información, indique su dirección de correo electrónico .....@.....					
<b>DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN</b>					
Nombre y apellidos (si fuese el propio titular, indíquese "el mismo")			DNI/NIE/Pasaporte		Relación con el titular
<b>DATOS PARA INFORMACIÓN SOBRE LA NOTIFICACIÓN</b>					
Cumplímense si desea que la notificación se practique en lugar distinto de su domicilio:					
Calle y nº: .....					
Código Postal y localidad: .....Provincia.....País.....					
<input type="checkbox"/> Se solicita devolución de la factura a cuyo fin se presenta original y fotocopia. La factura se devolverá una vez resuelto el expediente.					

EL EXPEDIENTE SE RESOLVERÁ DE ACUERDO CON LOS CONCEPTOS REFLEJADOS EN LA FACTURA Y LA NORMATIVA VIGENTE.

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE	
<b>1. MATERIAL ORTOPROTÉSICO</b>	<i>Acompáñese siempre el documento señalado con <input checked="" type="checkbox"/> y, en el caso que proceda, el señalado con <input type="checkbox"/>, marcándolo con X</i>
	<input checked="" type="checkbox"/> Informe del correspondiente especialista, concertado con la entidad médica, con el diagnóstico y la prescripción del producto sanitario (descripción y código).
	<input checked="" type="checkbox"/> Factura original del establecimiento suministrador autorizado. La factura deberá detallar conceptos y precios y tener constancia del pago o acompañarse, en su caso, del recibo que lo acredite.
	<input type="checkbox"/> En el caso de titular adscrito al INSS, documentación que acredite que, habiendo utilizado los servicios sanitarios que le corresponden, ha solicitado la prestación en el organismo competente y no la ha obtenido o la ha obtenido en cuantía inferior a la financiada por MUFACE.
	<input type="checkbox"/> En el caso que, excepcionalmente y a petición del interesado, se autorice por la Mutualidad el pago directo al establecimiento suministrador autorizado, y que solo será posible cuando la cuantía sea igual o menor, factura con los mismos requisitos antes mencionados salvo que irá expedida a nombre de MUFACE, con indicación del beneficiario y, en lugar de constar el pago, figurará el "conforme" del titular.
<input type="checkbox"/> En caso de reparación, certificado de garantía del producto.	

<b>2. DENTARIAS</b>	<p>Acompáñese siempre el documento señalado con <input checked="" type="checkbox"/> y, en el caso que proceda, el señalado con <input type="checkbox"/>, marcándolo con X</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Factura original del odontólogo, estomatólogo o cirujano maxilofacial que haya realizado la implantación o el tratamiento. La factura deberá detallar conceptos y precios y tener constancia del pago o acompañarse, en su caso, del recibo que lo acredite. Si se aporta factura de protésico dental, deberá acompañarse de la factura o informe del especialista que haya realizado la prescripción e implantación del tratamiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Si se trata de ortodoncia y el beneficiario ha cumplido los 18 años en la fecha de la factura, informe del facultativo especialista acreditativo de la fecha en que comenzó el tratamiento.</p>		
	<b>3. OCULARES</b>	<p>Acompáñese siempre el documento señalado con <input checked="" type="checkbox"/> y, en el caso que proceda, el señalado con <input type="checkbox"/>, marcándolo con X</p> <p><input type="checkbox"/> En las solicitudes de ayudas para lente terapéutica y ayudas prismáticas para alteraciones severas de la motilidad ocular, informe del oftalmólogo con el diagnóstico y la prescripción.</p> <p><input type="checkbox"/> Para la primera solicitud de ayudas ópticas para baja visión informe del oftalmólogo en el que se detalle la agudeza visual del beneficiario y, en su caso, del campo visual.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Factura original de la óptica, o en su caso del oftalmólogo. La factura deberá detallar conceptos y precios y tener constancia del pago o acompañarse, en su caso, del recibo que lo acredite.</p>	
<b>4. OTRAS</b>		<input type="checkbox"/> AUDÍFONO	<input type="checkbox"/> LARINGÓFONO
	<p>Acompáñese siempre el documento señalado con <input checked="" type="checkbox"/> y, en el caso que proceda, el señalado con <input type="checkbox"/>, marcándolo con X</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Informe del correspondiente especialista, concertado con la entidad médica, con el diagnóstico y la prescripción del producto sanitario.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Factura original del establecimiento suministrador autorizado. La factura deberá detallar conceptos y precios y tener constancia del pago o acompañarse, en su caso, del recibo que lo acredite.</p> <p><input type="checkbox"/> En el caso de titular adscrito al INSS, documentación que acredite que, habiendo utilizado los servicios sanitarios que le corresponden, ha solicitado la prestación en el organismo competente y no la ha obtenido o la ha obtenido en cuantía inferior a la financiada por MUFACE.</p> <p><input type="checkbox"/> En caso de reparación, certificado de garantía del producto.</p>		

#### DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	D.C.	Nº cuenta / libreta
------	------------------	----------	------	---------------------

Declaro expresamente que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado  
(Art. 32 de la LRJAP- PAC)

**COMUNICACIÓN INFORMATIVA:** De conformidad con lo establecido en el artículo 42.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre (LRJAP-PAC), se informa que el plazo máximo normativamente establecido para la resolución y notificación de la solicitud es de dos meses desde la fecha en que ha tenido entrada en el Registro del órgano competente para su tramitación, siendo los efectos de la falta de resolución en plazo estimatorios.

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:** A los efectos previstos en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, se informa que los datos consignados serán objeto de tratamiento informático, e incorporados a los ficheros automatizados de Colectivo y de Prestaciones de MUFACE, regulados por la Orden APU/2074/2004, de 10 de junio. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus datos ante el Servicio Provincial o remitiendo un escrito identificado con la referencia "Protección de Datos" a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) en Paseo Juan XXIII, nº 26, 28040 Madrid.

## MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO