

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

## SOLICITUD

Número de afiliación	NIF/ Pasaporte/D.Identificación (UE)	<b>DATOS DEL TITULAR</b>		Entidad médica
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Teléfono	
Domicilio	Código postal y localidad	Provincia	País	
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN				
Nombre y apellidos (si fuese el propio titular, indíquese "el mismo")	NIF/ Pasaporte/ D.Identificación (UE)	Relación con el titular		

SE SOLICITA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURA, A CUYO FIN SE PRESENTA ORIGINAL Y FOTOCOPIA. La factura se devolverá UNA VEZ RESUELTO EL EXPEDIENTE, ya que ha de hacerse constar en ella el importe abonado por MUFACE
SI DESEA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE LA TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD, INDIQUE POR FAVOR SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.

- DE LOS CUATRO EPÍGRAFES NUMERADOS QUE SIGUEN, ELÍJASE EL QUE CORRESPONDA Y CUMPLIMENTESE

TIPO DE PRÓTESIS		DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE
<b>1. MATERIAL ORTOPROTÉSICO</b>	Código -----	Descripción _____
	Código -----	Descripción _____
	Código -----	Descripción _____
	Código -----	Descripción _____
<b>Importe según factura</b>	Márquese con X lo que proceda. <input type="checkbox"/> PRIMERA IMPLANTACIÓN <input type="checkbox"/> REPARACIÓN <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN ORDINARIA <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN EXTRAORDINARIA	

*Acompáñese siempre el documento señalado con ; además, el o los que procedan de entre los señalados con , marcándolos con X*

Informe del médico, con diagnóstico y justificación de la necesidad de la prótesis.

Cuando se haya ABONADO POR EL TITULAR, factura de la empresa suministradora.  
La factura deberá poseer TODOS LOS REQUISITOS LEGALES y tener CONSTANCIA DEL PAGO o ir acompañada del CORRESPONDIENTE RECIBO que acredite aquél.

En el caso que, excepcionalmente y a petición del interesado, se autorice por la Mutualidad el pago directo a la empresa suministradora, y que sólo será posible cuando la cuantía sea igual o menor a la financiada por MUFACE, factura con los mismos requisitos antes señalados, salvo que irá expedida A NOMBRE DE MUFACE, con indicación del beneficiario, y que, en lugar de constar el pago, FIGURARÁ EL "CONFORME" DEL TITULAR.

Además, en el caso de Titulares adscritos al INSS que soliciten prótesis ortopédica, documentación que acredite que, habiendo utilizado los servicios sanitarios que les correspondían, la solicitaron y no la obtuvieron o lo hicieron en cuantía inferior a la financiada por MUFACE.

Sólo en caso de reparación, certificado de garantía del producto.

<b>2. DENTARIAS</b>	<input type="checkbox"/> DENTADURA COMPLETA	<input type="checkbox"/> PIEZAS ● NÚMERO (Se cuentan: piezas, fundas, coronas, etc; excepto las provisionales; no más de 13 en cada dentadura).	<input type="checkbox"/> EMPASTES ● NÚMERO (Se cuentan: empastes, amalgamas, obturaciones, incrustaciones, etc...).	<input type="checkbox"/> IMPLANTES OSTEINTEGRADOS ● NÚMERO	<input type="checkbox"/> ORTODONCIA (Prestación de pago único que se concederá sólo en aquellos casos iniciados antes de los 18 años y para un único tratamiento)
	<input type="checkbox"/> DENTADURA SUPERIOR O INFERIOR			<input type="checkbox"/> ENDODONCIA ● NÚMERO:	

**DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE**

**Importe según factura**

Siempre el señalado con ; y en su caso, el señalado con , marcándolo con X

Factura del odontólogo, estomatólogo o cirujano maxilofacial que haya realizado la implantación o el tratamiento. La factura deberá ser ORIGINAL, poseer TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, detallar CONCEPTOS Y PRECIOS y tener CONSTANCIA DEL PAGO o ir acompañada del CORRESPONDIENTE RECIBO que acredite aquél.

Si se trata de ORTODONCIA y el beneficiario HA CUMPLIDO LOS 18 AÑOS en la fecha de la factura, informe del médico odontólogo, estomatólogo o cirujano maxilofacial acreditativo de la fecha en que comenzó el tratamiento.

**3. OCULARES**

<input type="checkbox"/> GAFAS (Montura y Cristales) <input type="checkbox"/> Lejos / Cerca <input type="checkbox"/> Progresivas / Bifocales ● NÚMERO:	<input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN DE CRISTALES <input type="checkbox"/> Lejos o cerca <input type="checkbox"/> Progresivos / Bifocales ● NÚMERO:	<input type="checkbox"/> LENTILLAS ● NÚMERO <input type="checkbox"/> LENTILLAS DESECHABLES ● NÚMERO: <input type="checkbox"/> LENTES TERAPEUTICAS ● NÚMERO:	<input type="checkbox"/> AYUDAS ÓPTICAS BAJA VISIÓN <input type="checkbox"/> Microscopios <input type="checkbox"/> Telescopios <input type="checkbox"/> Telemicroscopios <input type="checkbox"/> Lupas <input type="checkbox"/> Filtros ● NÚMERO:	<input type="checkbox"/> AYUDAS PRISMÁTICAS PARA ALTERACIONES SEVERAS DE LA MOTILIDAD OCULAR ● NÚMERO:
---	--	--	--	---

**DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE**

**Importe según factura**

Siempre el señalado con ; y en su caso, el señalado con , marcándolo con X.

Para la primera solicitud de ayudas de lente terapéutica, baja visión y prismáticas se requerirá siempre informe del médico oftalmólogo.

Factura del óptico, o, en su caso, de acto médico con aportación de material, del propio médico oftalmólogo. La factura, tanto en un caso como en otro, deberá ser ORIGINAL, poseer TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, detallar CONCEPTOS Y PRECIOS y tener CONSTANCIA DEL PAGO o ir acompañada del CORRESPONDIENTE RECIBO que acredite aquél.

**4. OTRAS**

<input type="checkbox"/> AUDÍFONO	<input type="checkbox"/> LARINGÓFONO	<input type="checkbox"/> Colchón o colchoneta antiescaras (Con o sin compresor)
<input type="checkbox"/> Primera implantación	<input type="checkbox"/> Renovación ordinaria	<input type="checkbox"/> Reparación
	<input type="checkbox"/> Renovación extraordinaria	

**DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE**

**Importe según factura**

Informe del Médico, con diagnóstico y justificación de la necesidad de la prótesis.  
Factura de la empresa suministradora, que deberá poseer TODOS LOS REQUISITOS LEGALES y tener CONSTANCIA DEL PAGO, o ir acompañada del CORRESPONDIENTE RECIBO que acredite aquél.

Además, en el caso de Titulares adscritos al INSS, documentación que acredite que, habiendo utilizado los servicios sanitarios que les correspondían, solicitaron la prestación en la Entidad Gestora de la Seguridad Social competente y no la obtuvieron o lo hicieron en cuantía inferior a la financiada por MUFACE.

**DATOS PARA EL PAGO POR TRASFERENCIA**

Entidad bancaria                      Sucursal                      D.C.                      Número cuenta / libreta

**DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (Rellene con  la opción elegida)**

A los efectos de la notificación, el interesado señala como **medio preferente** :

N.º de fax                        Servicio postal                       Otros (indíquese) .....

y como segundo lugar de notificación (cumplimentese sólo en el caso de que desee que se practique en lugar distinto al señalado en el apartado "datos del titular"):

Domicilio particular                       Domicilio laboral                       Otro domicilio

Domicilio de la notificación (Avda., calle o plaza)

Localidad

Código postal

Provincia

País

Teléfono número

LUGAR Y FECHA

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

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL** : A los efectos señalados en el art. 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, se advierte de la existencia, bajo responsabilidad de la Dirección General de MUFACE, de los ficheros automatizados de datos de prestaciones y del colectivo, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de los mismos. Asimismo se informa de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de dichos datos.

**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 mutualista al que se refiere la presente solicitud y en la fechas de referencia

- reunía las condiciones de afiliación precisas para la prestación.
- no reunía 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

Número de afiliación	NIF/ Pasaporte/D.Identificación (UE)	<b>DATOS DEL TITULAR</b>		Entidad médica
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Teléfono	
Domicilio	Código postal y localidad	Provincia	País	
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN				
Nombre y apellidos (si fuese el propio titular, indíquese "el mismo")	NIF/ Pasaporte/ D.Identificación (UE)	Relación con el titular		

SE SOLICITA DEVOLUCIÓN DE LA FACTURA, A CUYO FIN SE PRESENTA ORIGINAL Y FOTOCOPIA. La factura se devolverá UNA VEZ RESUELTO EL EXPEDIENTE, ya que ha de hacerse constar en ella el importe abonado por MUFACE
SI DESEA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE LA TRAMITACIÓN DE ESTA SOLICITUD, INDIQUE POR FAVOR SU DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO.

- DE LOS CUATRO EPÍGRAFES NUMERADOS QUE SIGUEN, ELÍJASE EL QUE CORRESPONDA Y CUMPLIMENTESE

TIPO DE PRÓTESIS		DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE
<b>1. MATERIAL ORTOPROTÉSICO</b>	Código -----	<p><i>Acompáñese siempre el documento señalado con <input checked="" type="checkbox"/>; además, el o los que procedan de entre los señalados con <input type="checkbox"/>, marcándolos con X</i></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Informe del médico, con diagnóstico y justificación de la necesidad de la prótesis.</p> <p><input type="checkbox"/> Cuando se haya ABONADO POR EL TITULAR, factura de la empresa suministradora. La factura deberá poseer TODOS LOS REQUISITOS LEGALES y tener CONSTANCIA DEL PAGO o ir acompañada del CORRESPONDIENTE RECIBO que acredite aquél.</p> <p><input type="checkbox"/> En el caso que, excepcionalmente y a petición del interesado, se autorice por la Mutualidad el pago directo a la empresa suministradora, y que sólo será posible cuando la cuantía sea igual o menor a la financiada por MUFACE, factura con los mismos requisitos antes señalados, salvo que irá expedida A NOMBRE DE MUFACE, con indicación del beneficiario, y que, en lugar de constar el pago, FIGURARÁ EL "CONFORME" DEL TITULAR.</p> <p><input type="checkbox"/> Además, en el caso de Titulares adscritos al INSS que soliciten prótesis ortopédica, documentación que acredite que, habiendo utilizado los servicios sanitarios que les correspondían, la solicitaron y no la obtuvieron o lo hicieron en cuantía inferior a la financiada por MUFACE.</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo en caso de reparación, certificado de garantía del producto.</p>
	Código -----	
	Código -----	
	Código -----	
<b>Importe según factura</b>	Márquese con X lo que proceda. <input type="checkbox"/> PRIMERA IMPLANTACIÓN <input type="checkbox"/> REPARACIÓN <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN ORDINARIA <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN EXTRAORDINARIA	

<b>2. DENTARIAS</b>	<input type="checkbox"/> DENTADURA COMPLETA	<input type="checkbox"/> PIEZAS ● NÚMERO (Se cuentan: piezas, fundas, coronas, etc; excepto las provisionales; no más de 13 en cada dentadura).	<input type="checkbox"/> EMPASTES ● NÚMERO (Se cuentan: empastes, amalgamas, obturaciones, incrustaciones, etc...).	<input type="checkbox"/> IMPLANTES OSTEINTEGRADOS ● NÚMERO	<input type="checkbox"/> ORTODONCIA (Prestación de pago único que se concederá sólo en aquellos casos iniciados antes de los 18 años y para un único tratamiento)
	<input type="checkbox"/> DENTADURA SUPERIOR O INFERIOR			<input type="checkbox"/> ENDODONCIA ● NÚMERO:	

**DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE**

**Importe según factura**

Siempre el señalado con ; y en su caso, el señalado con , marcándolo con X

Factura del odontólogo, estomatólogo o cirujano maxilofacial que haya realizado la implantación o el tratamiento. La factura deberá ser ORIGINAL, poseer TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, detallar CONCEPTOS Y PRECIOS y tener CONSTANCIA DEL PAGO o ir acompañada del CORRESPONDIENTE RECIBO que acredite aquél.

Si se trata de ORTODONCIA y el beneficiario HA CUMPLIDO LOS 18 AÑOS en la fecha de la factura, informe del médico odontólogo, estomatólogo o cirujano maxilofacial acreditativo de la fecha en que comenzó el tratamiento.

**3. OCULARES**

<input type="checkbox"/> GAFAS (Montura y Cristales) <input type="checkbox"/> Lejos / Cerca <input type="checkbox"/> Progresivas / Bifocales ● NÚMERO:	<input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN DE CRISTALES <input type="checkbox"/> Lejos o cerca <input type="checkbox"/> Progresivos / Bifocales ● NÚMERO:	<input type="checkbox"/> LENTILLAS ● NÚMERO <input type="checkbox"/> LENTILLAS DESECHABLES ● NÚMERO: <input type="checkbox"/> LENTES TERAPEUTICAS ● NÚMERO:	<input type="checkbox"/> AYUDAS ÓPTICAS BAJA VISIÓN <input type="checkbox"/> Microscopios <input type="checkbox"/> Telescopios <input type="checkbox"/> Telemicroscopios <input type="checkbox"/> Lupas <input type="checkbox"/> Filtros ● NÚMERO:	<input type="checkbox"/> AYUDAS PRISMÁTICAS PARA ALTERACIONES SEVERAS DE LA MOTILIDAD OCULAR ● NÚMERO:
---	--	--	--	---

**DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE**

**Importe según factura**

Siempre el señalado con ; y en su caso, el señalado con , marcándolo con X.

Para la primera solicitud de ayudas de lente terapéutica, baja visión y prismáticas se requerirá siempre informe del médico oftalmólogo.

Factura del óptico, o, en su caso, de acto médico con aportación de material, del propio médico oftalmólogo. La factura, tanto en un caso como en otro, deberá ser ORIGINAL, poseer TODOS LOS REQUISITOS LEGALES, detallar CONCEPTOS Y PRECIOS y tener CONSTANCIA DEL PAGO o ir acompañada del CORRESPONDIENTE RECIBO que acredite aquél.

**4. OTRAS**

<input type="checkbox"/> AUDÍFONO	<input type="checkbox"/> LARINGÓFONO	<input type="checkbox"/> Colchón o colchoneta antiescaras (Con o sin compresor)
<input type="checkbox"/> Primera implantación	<input type="checkbox"/> Renovación ordinaria	<input type="checkbox"/> Reparación
	<input type="checkbox"/> Renovación extraordinaria	

**DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE**

**Importe según factura**

Informe del Médico, con diagnóstico y justificación de la necesidad de la prótesis.

Factura de la empresa suministradora, que deberá poseer TODOS LOS REQUISITOS LEGALES y tener CONSTANCIA DEL PAGO, o ir acompañada del CORRESPONDIENTE RECIBO que acredite aquél.

Además, en el caso de Titulares adscritos al INSS, documentación que acredite que, habiendo utilizado los servicios sanitarios que les correspondían, solicitaron la prestación en la Entidad Gestora de la Seguridad Social competente y no la obtuvieron o lo hicieron en cuantía inferior a la financiada por MUFACE.

**DATOS PARA EL PAGO POR TRASFERENCIA**

Entidad bancaria                      Sucursal                      D.C.                      Número cuenta / libreta

**DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (Rellene con  la opción elegida)**

A los efectos de la notificación, el interesado señala como **medio preferente** :

N.º de fax                        Servicio postal                       Otros (indíquese) .....

y como segundo lugar de notificación (cumplimentese sólo en el caso de que desee que se practique en lugar distinto al señalado en el apartado "datos del titular"):

Domicilio particular                       Domicilio laboral                       Otro domicilio

Domicilio de la notificación (Avda., calle o plaza)

Localidad

Código postal

Provincia

País

Teléfono número

LUGAR Y FECHA

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

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL** : A los efectos señalados en el art. 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, se advierte de la existencia, bajo responsabilidad de la Dirección General de MUFACE, de los ficheros automatizados de datos de prestaciones y del colectivo, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de los mismos. Asimismo se informa de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación de dichos datos.

**MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO**