



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)	DATOS DEL TITULAR		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	

DEVOLUCIÓN DE LA FACTURA	Si se desea la devolución de la factura, siempre que no se haya abonado por MUFACE la totalidad del importe de la misma, ACOMPAÑESE UNA FOTOCOPIA JUNTO CON EL ORIGINAL y márquese con X la cuadrícula que figura a la derecha. La factura se devolverá UNA VEZ RESUELTO EL EXPEDIENTE, ya que ha de hacerse constar en ella el importe abonado por MUFACE.	☐ SE SOLICITA DEVOLUCIÓN DE FACTURA, A CUYO FIN SE PRESENTA ORIGINAL Y FOTOCOPIA
--------------------------	---	---

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

TIPO DE PRÓTESIS			DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE
1. MATERIAL ORTOPROTÉSICO	Código	Descripción	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. ☐ Cuando se haya acordado previamente entre el Titular y la empresa suministradora el pago directo por MUFACE, que sólo será posible cuando la cuantía de la misma 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.
	Código	Descripción	
	Código	Descripción	
	Código	Descripción	
	Código	Descripción	
Importe según factura	Márquese con X lo que proceda. ☐ PRIMERA IMPLANTACIÓN ☐ REPARACIÓN ☐ RENOVACIÓN ORDINARIA ☐ RENOVACIÓN EXTRAORDINARIA		

EJEMPLAR PARA MUFACE

PASE SIEMPRE A LA PÁGINA SIGUIENTE

2. DENTARIAS	☐ DENTADURA COMPLETA ☐ DENTADURA SUPERIOR O INFERIOR	☐ PIEZAS ● NÚMERO (Se cuentan: piezas, fundas, coronas, reconstrucciones, etc... excepto las provisionales; no más de 13 en cada dentadura).	☐ EMPASTES ● NÚMERO (Se cuentan: empastes, amalgamas, obturaciones, incrustaciones, etc...).	☐ IMPLANTES OSTEINTEGRADOS ● NÚMERO ☐ ENDODONCIA ● NÚMERO:	☐ ORTODONCIA (Prestación de pago único que se concederá sólo en aquellos casos iniciados antes de los 18 años y para un único tratamiento)
Importe según factura	DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE 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	☐ GAFAS (Montura y Cristales) ☐ Lejos / Cerca ☐ Progresivas / Bifocales ☐ Telulupa ● NÚMERO:	☐ SUSTITUCIÓN DE CRISTALES ☐ Lejos o cerca ☐ Progresivos / Bifocales ☐ Telulupa ● NÚMERO:	☐ LENTILLAS ● NÚMERO: ☐ LENTES TERAPEUTICAS ● NÚMERO:	☐ AYUDAS BAJA VISION ☐ Microscopios ☐ Telescopios ☐ Telemicroscopios ☐ Lupas ☐ Filtros ● NÚMERO	☐ AYUDAS PRISMÁTICAS ● NÚMERO: ☐ PRISMAS ● NÚMERO:
Importe según factura	DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE 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	☐ AUDIFONO ☐ LARINGÓFONO ☐ Primera implantación	☐ BOMBA externa de infusión continua subcutánea de INSULINA ☐ Renovación ordinaria	☐ Colchón o colchoneta antiescaras (Con o sin compresor) ☐ Reparación	☐ Renovación extraordinaria	
Importe según factura	DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE ☐ 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 .	
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 <i>(cumplimentese sólo en el caso de que desee que se practique en lugar distinto al señalado en el apartado "datos del titular")</i> : ☐ 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 COLECTIVOS,

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

Sólo se emitirá en los expedientes en que el/la Director/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:

[illegible]☐ 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)	DATOS DEL TITULAR		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	

DEVOLUCIÓN DE LA FACTURA	Si se desea la devolución de la factura, siempre que no se haya abonado por MUFACE la totalidad del importe de la misma, ACOMPAÑESE UNA FOTOCOPIA JUNTO CON EL ORIGINAL y márquese con X la cuadrícula que figura a la derecha. La factura se devolverá UNA VEZ RESUELTO EL EXPEDIENTE, ya que ha de hacerse constar en ella el importe abonado por MUFACE.	☐ SE SOLICITA DEVOLUCIÓN DE FACTURA, A CUYO FIN SE PRESENTA ORIGINAL Y FOTOCOPIA
--------------------------	---	---

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

TIPO DE PRÓTESIS			DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE
1. MATERIAL ORTOPROTÉSICO	Código -----	Descripción _____	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. ☐ Cuando se haya acordado previamente entre el Titular y la empresa suministradora el pago directo por MUFACE, que sólo será posible cuando la cuantía de la misma 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.
	Código -----	Descripción _____	
	Código -----	Descripción _____	
	Código -----	Descripción _____	
	Código -----	Descripción _____	
Importe según factura	Márquese con X lo que proceda. ☐ PRIMERA IMPLANTACIÓN ☐ REPARACIÓN ☐ RENOVACIÓN ORDINARIA ☐ RENOVACIÓN EXTRAORDINARIA		

■ PASE SIEMPRE A LA PÁGINA SIGUIENTE

EJEMPLAR PARA SELLAR Y DEVOLVER AL INTERESADO

2. DENTARIAS	☐ DENTADURA COMPLETA ☐ DENTADURA SUPERIOR O INFERIOR	☐ PIEZAS ● NÚMERO (Se cuentan: piezas, fundas, coronas, reconstrucciones, etc... excepto las provisionales; no más de 13 en cada dentadura).	☐ EMPASTES ● NÚMERO (Se cuentan: empastes, amalgamas, obturaciones, incrustaciones, etc...).	☐ IMPLANTES OSTEINTEGRADOS ● NÚMERO ☐ ENDODONCIA ● NÚMERO:	☐ ORTODONCIA (Prestación de pago único que se concederá sólo en aquellos casos iniciados antes de los 18 años y para un único tratamiento)
Importe según factura	DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE 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	☐ GAFAS (Montura y Cristales) ☐ Lejos / Cerca ☐ Progresivas / Bifocales ☐ Telulupa ● NÚMERO:	☐ SUSTITUCIÓN DE CRISTALES ☐ Lejos o cerca ☐ Progresivos / Bifocales ☐ Telulupa ● NÚMERO:	☐ LENTILLAS ● NÚMERO: ☐ LENTES TERAPEUTICAS ● NÚMERO:	☐ AYUDAS BAJA VISION ☐ Microscopios ☐ Telescopios ☐ Telemicroscopios ☐ Lupas ☐ Filtros ● NÚMERO	☐ AYUDAS PRISMÁTICAS ● NÚMERO: ☐ PRISMAS ● NÚMERO:
Importe según factura	DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE 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	☐ AUDIFONO ☐ LARINGÓFONO ☐ Primera implantación	☐ BOMBA externa de infusión continua subcutánea de INSULINA ☐ Renovación ordinaria	☐ Colchón o colchoneta antiescaras (Con o sin compresor) ☐ Reparación	☐ Renovación extraordinaria	
Importe según factura	DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE ☐ 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 <i>(cumplimentese sólo en el caso de que desee que se practique en lugar distinto al señalado en el apartado "datos del titular")</i> : ☐ 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					