



MINISTERIO
DE POLÍTICA TERRITORIAL
Y FUNCIÓN PÚBLICA



EXPEDIENTE DE PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA: CATÁLOGO MATERIAL ORTOPROTÉSICO

SERVICIO PROVINCIAL

REGISTRO DE PRESENTACIÓN

OFICINA DELEGADA

REGISTRO DE ENTRADA

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

SOLICITUD

Número de afiliación	Entidad médica	DATOS DEL TITULAR		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@.....				
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN				
Nombre y apellidos (si fuese el propio titular, indíquese "el mismo")		DNI/NIE/Pasaporte	Relación con el titular	
DATOS PARA INFORMACIÓN SOBRE LA NOTIFICACIÓN				
Cumplimentese SÓLO 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.				

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

Acompáñese siempre el documento señalado con y, en el caso que proceda, el señalado con , marcándolo con X

- Informe médico normalizado cumplimentado por especialista concertado con la entidad médica.
- Factura del establecimiento suministrador autorizado, emitida a nombre del titular o del beneficiario, siempre que este sea mayor de edad o tenga DNI. En caso contrario, deberá figurar en la factura el DNI del representante (padre, madre o tutor). La factura deberá detallar los distintos conceptos y sus precios así como la constancia de su pago o, en su caso:
 - acompañarse de recibo que acredite el pago
 - el "conforme" del titular en la factura, solo en el caso de que, a petición del interesado, la Mutualidad autorice el pago directo al establecimiento suministrador cuando el importe facturado sea igual o menor a la cuantía de la prestación, o de ser superior deberá acreditarse en la factura que el interesado ha abonado a cuenta el importe de la diferencia
- En caso de reparación, certificado de garantía del producto.

EJEMPLAR PARA MUFACE

SE INFORMA	<p>El expediente se resolverá de acuerdo con los conceptos reflejados en la factura y la normativa vigente.</p> <p>El plazo de resolución de este expediente es de dos meses desde la fecha de entrada de la solicitud en Muface. Transcurrido dicho plazo, los efectos de la falta de resolución expresa (silencio administrativo) serán estimatorios.</p>
COMPRUEBE	<p>Para evitar trámites de subsanación, las facturas aportadas deberán incluir inexcusablemente los siguientes datos o menciones, según la vigente normativa sobre facturación:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Número y, en su caso, serie de la factura, así como fecha de su expedición. b) <u>Del emisor de la factura</u>: Nombre y apellidos, razón o denominación social completa, así como el número de identificación fiscal (NIF) y domicilio. c) <u>Del destinatario de la factura</u>: Nombre y apellidos (mutualista o beneficiario que recibe el servicio) y domicilio. d) Descripción de las operaciones, desglose de conceptos y precios, consignándose todos los datos necesarios para la determinación de la base imponible de aquellas y su importe. e) Tipo del impuesto aplicable (IVA, IGIC o IPSI), con su correspondiente desglose entre base y cuota. f) Fecha en que se hayan efectuado las operaciones que se documentan, si se trata de fecha distinta a la de expedición de la factura. g) Justificación del Pago, que consiste en la inclusión de la palabra “RECIBÍ”, “COBRADO” O “PAGADO” o acompañarse del recibo que lo acredite el pago. <p>En la factura debe constar el tipo de producto (Código y descripción).</p>

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	D.C.	Nº cuenta / libreta
<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>				

Declaro expresamente que los datos consignados en esta solicitud son ciertos y que todos los documentos adjuntados a la solicitud son originales o copias fieles de los documentos originales. Asimismo, declaro que conozco la obligación de respetar el régimen de incompatibilidades de la ayuda que en su caso perciba, y de reintegrar el exceso con intereses de demora en caso de superar las ayudas recibidas, el coste incurrido y justificado en mi solicitud, de acuerdo con la normativa vigente.

LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado <small>(Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)</small>
---------------	---

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: 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 serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar las prestaciones sanitarias en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Así como la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales.

Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante la Directora del Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE.

Más información en el apartado “Privacidad y protección de datos” de la página web de Muface.

Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: DPDMuface@muface.es

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,



EXPEDIENTE DE PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA: CATÁLOGO MATERIAL ORTOPROTÉSICO	
SERVICIO PROVINCIAL	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
OFICINA DELEGADA	REGISTRO DE ENTRADA
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	

SOLICITUD

Número de afiliación	Entidad médica	DATOS DEL TITULAR		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@.....					
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN					
Nombre y apellidos (si fuese el propio titular, indíquese "el mismo")			DNI/NIE/Pasaporte		Relación con el titular
DATOS PARA INFORMACIÓN SOBRE LA NOTIFICACIÓN					
- Cumplimentese SOLO 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 documentación original.					

DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

Acompáñese siempre el documento señalado con y, en el caso que proceda, el señalado con , marcándolo con X

- Informe médico normalizado cumplimentado por especialista concertado con la entidad médica.
- Factura del establecimiento suministrador autorizado, emitida a nombre del titular o del beneficiario, siempre que este sea mayor de edad o tenga DNI. En caso contrario, deberá figurar en la factura el DNI del representante (padre, madre o tutor). La factura debe detallar los distintos conceptos y sus precios así como la constancia de su pago o, en su caso:
 - acompañarse de recibo que acredite el pago.
 - el "conforme" del titular en la factura, solo en el caso de que, a petición del interesado, la Mutualidad autorice el pago directo al establecimiento suministrador cuando el importe facturado sea igual o menor a la cuantía de la prestación, o de ser superior deberá acreditarse en la factura que el interesado ha abonado a cuenta el importe de la diferencia.
- En caso de reparación, certificado de garantía del producto.

SE INFORMA	<p>El expediente se resolverá de acuerdo con los conceptos reflejados en la factura y la normativa vigente.</p> <p>El plazo de resolución de este expediente es de dos meses desde la fecha de entrada de la solicitud en Muface. Transcurrido dicho plazo, los efectos de la falta de resolución expresa (silencio administrativo) serán estimatorios.</p>
COMPRUEBE	<p>Para evitar trámites de subsanación, las facturas aportadas deberán incluir inexcusablemente los siguientes datos o menciones, según la vigente normativa sobre facturación:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Número y, en su caso, serie de la factura, así como fecha de su expedición. b) <u>Del emisor de la factura</u>: Nombre y apellidos, razón o denominación social completa, así como el número de identificación fiscal (NIF) y domicilio. c) <u>Del destinatario de la factura</u>: Nombre y apellidos (mutualista o beneficiario que recibe el servicio) y domicilio. d) Descripción de las operaciones, desglose de conceptos y precios, consignándose todos los datos necesarios para la determinación de la base imponible de aquellas y su importe. e) Tipo del impuesto aplicable (IVA, IGIC o IPSI), con su correspondiente desglose entre base y cuota. f) Fecha en que se hayan efectuado las operaciones que se documentan, si se trata de fecha distinta a la de expedición de la factura. g) Justificación del Pago, que consiste en la inclusión de la palabra "RECIBÍ", "COBRADO" O "PAGADO" o acompañarse del recibo que lo acredite el pago. <p>En la factura debe constar el tipo de producto (Código y descripción).</p>

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

IBAN	Entidad bancaria	Sucursal	D.C.	Nº cuenta / libreta
<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>				

Declaro expresamente que los datos consignados en esta solicitud son ciertos y que todos los documentos adjuntados a la solicitud son originales o copias fieles de los documentos originales. Asimismo, declaro que conozco la obligación de respetar el régimen de incompatibilidades de la ayuda que en su caso perciba, y de reintegrar el exceso con intereses de demora en caso de superar las ayudas recibidas, el coste incurrido y justificado en mi solicitud, de acuerdo con la normativa vigente.

LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado <small>(Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)</small>
---------------	---

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: 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 serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar las prestaciones sanitarias en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Así como la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos y garantía de los derechos digitales.

Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante la Directora del Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE.

Más información en el apartado "Privacidad y protección de datos" de la página web de Muface.

Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: DPDMuface@muface.es

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO