

EXPEDIENTE DE PRESTACIÓN COMPLEMENTARIA DENTARIAS, OCULARES Y OTRAS	
SERVICIO PROVINCIAL	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
OFICINA DELEGADA	REGISTRO DE ENTRADA
CÓDIGO DEL EXPEDIENTE	

SOLICITUD

AVISO

A partir de 1 de marzo de 2019, la solicitud de prestaciones dentarias u oculares debe realizarse electrónicamente desde la sede electrónica de MUFACE: <http://sede.muface.gob.es/>

No obstante, los mutualistas que no se encuentren en situación de activo, es decir, jubilados y mutualistas voluntarios, así como beneficiarios con título propio, podrán presentar sus solicitudes en formato papel ante cualquier Servicio Provincial u Oficina Delegada de MUFACE, por correo postal, o en cualquiera de los registros públicos, pero únicamente durante los meses de marzo, y octubre de cada año natural.

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	

1.DENTARIAS	Acompáñese siempre el documento señalado con ☒ y, en el caso que proceda, el señalado con ☐ marcándolo con X Factura 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. Recuerde que en la factura debe aparecer la leyenda “Exento de IVA”. En el caso de “Dentadura superior / inferior”, se debe especificar si se trata de dentadura “completa” o en su defecto, enumerar las piezas que incluye. 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. Si se trata de ortodoncia y el beneficiario ha cumplido 18 años en la fecha de la factura, informe del facultativo especialista acreditativo de la fecha en que comenzó el tratamiento.
	Acompáñese siempre el documento señalado con ☒ y, en el caso que proceda, el señalado con ☐ marcándolo con X 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. 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. Factura de la óptica, o en su caso, del oftalmólogo. La factura deberá detallar conceptos y precios, no bastando con los nombres comerciales. Tener constancia del pago o acompañarse, en su caso, del recibo que lo acredite.
2.OCULARES	

3. OTRAS	☐ AUDÍFONO	☐ LARINGÓFONO	☐ COLCHÓN / COLCHONETA
	Acompáñese siempre el documento señalado con ☒ y, en el caso que proceda, el señalado con ☐ marcándolo con X		
	Informe del correspondiente especialista, concertado con la entidad médica, con el diagnóstico y la prescripción del producto sanitario.		
	Factura 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. Respecto a las facturas lea atentamente las instrucciones que aparecen al final de este impreso.		
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.			
En caso de reparación, certificado de garantía del producto cuando el producto tenga una antigüedad inferior a 5 años.			

SE INFORMA	El expediente se resolverá de acuerdo con los conceptos reflejados en la factura y la normativa vigente. 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.
COMPRUEBE	Para evitar trámites de subsanación, las facturas aportadas deberán incluir inexcusablemente los siguientes datos o menciones, según la vigente normativa sobre facturación: a) Número y, en su caso, serie de la factura, así como fecha de su expedición. b) Del emisor de la factura: Nombre y apellidos, razón o denominación social completa, así como el número de identificación fiscal (NIF) y domicilio. c) Del destinatario de la factura: Nombre y apellidos (mutualista o beneficiario que recibe el servicio), domicilio, y el NIF. 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) IVA: ✓ Si se trata de una prestación dentaria la factura deberá incluir la mención de que el servicio está exento de IVA. ✓ En el resto de supuestos el IVA aplicable 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. h) Las facturas cuyo importe sea igual o superior a 1.000 € y no figure en ellas la forma de abono deberán acompañarse de la acreditación del método de pago que en ningún caso podrá ser en efectivo. Se deberán conservar los originales de las facturas y los otros documentos de valor probatorio durante un plazo de 4 años, contados desde la fecha de cobro de la prestación.

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA																					
CÓDIGO IBAN				CÓDIGO BANCO				CÓDIGO SUCURSAL				D.C		Nº CUENTA							

Declaro expresamente que los datos consignados en esta solicitud son ciertos y que 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 (Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

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: "Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad."
--

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO
--

EXPEDIENTE DE PRESTACIÓN COMPLEMENTARIA DENTARIAS, OCULARES Y OTRAS

SERVICIO PROVINCIAL

REGISTRO DE PRESENTACIÓN

OFICINA DELEGADA

REGISTRO DE ENTRADA

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

SOLICITUD

AVISO

A partir de 1 de marzo de 2019, la solicitud de prestaciones dentarias u oculares debe realizarse electrónicamente desde la sede electrónica de MUFACE: <http://sede.muface.gob.es/>

No obstante, los mutualistas que no se encuentren en situación de activo, es decir, jubilados y mutualistas voluntarios, así como beneficiarios con título propio, podrán presentar sus solicitudes en formato papel ante cualquier Servicio Provincial u Oficina Delegada de MUFACE, por correo postal, o en cualquiera de los registros públicos, pero únicamente durante los meses de marzo, y octubre de cada año natural.

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	

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

1.DENTARIAS

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

Factura 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. Recuerde que en la factura debe aparecer la leyenda "Exento de IVA". En el caso de "Dentadura superior / inferior", se debe especificar si se trata de dentadura "completa" o en su defecto, enumerar las piezas que incluye. 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.

Si se trata de ortodoncia y el beneficiario ha cumplido 18 años en la fecha de la factura, informe del facultativo especialista acreditativo de la fecha en que comenzó el tratamiento.

2.OCULARES

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

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.

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.

Factura de la óptica, o en su caso, del oftalmólogo. La factura deberá detallar conceptos y precios, no bastando con los nombres comerciales. Tener constancia del pago o acompañarse, en su caso, del recibo que lo acredite.

3. OTRAS	☐ AUDÍFONO	☐ LARINGÓFONO	☐ COLCHÓN / COLCHONETA
	Acompáñese siempre el documento señalado con ☒ y, en el caso que proceda, el señalado con ☐ marcándolo con X		
	Informe del correspondiente especialista, concertado con la entidad médica, con el diagnóstico y la prescripción del producto sanitario.		
	Factura 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. Respecto a las facturas lea atentamente las instrucciones que aparecen al final de este impreso.		
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.			
En caso de reparación, certificado de garantía del producto cuando el producto tenga una antigüedad inferior a 5 años.			

SE INFORMA	El expediente se resolverá de acuerdo con los conceptos reflejados en la factura y la normativa vigente. 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.
COMPRUEBE	Para evitar trámites de subsanación, las facturas aportadas deberán incluir inexcusablemente los siguientes datos o menciones, según la vigente normativa sobre facturación: a) Número y, en su caso, serie de la factura, así como fecha de su expedición. b) Del emisor de la factura: Nombre y apellidos, razón o denominación social completa, así como el número de identificación fiscal (NIF) y domicilio. c) Del destinatario de la factura: Nombre y apellidos (mutualista o beneficiario que recibe el servicio), domicilio, y el NIF. 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) IVA: ✓ Si se trata de una prestación dentaria la factura deberá incluir la mención de que el servicio está exento de IVA. ✓ En el resto de supuestos el IVA aplicable 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. h) Las facturas cuyo importe sea igual o superior a 1.000 € y no figure en ellas la forma de abono deberán acompañarse de la acreditación del método de pago que en ningún caso podrá ser en efectivo. Se deberán conservar los originales de las facturas y los otros documentos de valor probatorio durante un plazo de 4 años, contados desde la fecha de cobro de la prestación.

DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA																					
CÓDIGO IBAN				CÓDIGO BANCO				CÓDIGO SUCURSAL				D.C		Nº CUENTA							

Declaro expresamente que los datos consignados en esta solicitud son ciertos y que 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 (Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

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. Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: “Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad.”.
MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO