

**EXPEDIENT DE PRESTACIÓ COMPLEMENTÀRIA:
DENTÀRIES, OCULARS I ALTRES**

SERVEI PROVINCIAL

REGISTRE DE PRESENTACIÓ

OFICINA DELEGADA

REGISTRE D'ENTRADA

CODI DE L'EXPEDIENT

SOL-LICITUD

AVÍS

A partir d'1 de març de 2019, la sol·licitud de prestacions dentàries o oculars s'ha de realitzar electrònicament a la seu electrònica de MUFACE: www.muface.es

No obstant això, els mutualistes que no es trobin en situació d'actiu, és a dir: jubilats, mutualistes voluntaris, així com beneficiaris amb títol propi, podran presentar les seves sol·licituds en format paper davant qualsevol Servei Provincial o Oficina Delegada de MUFACE, per correu postal, o en qualsevol dels registres públics, però únicament durant els mesos de març, i octubre de cada any natural.

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------|
| Número d'afiliació | Entitat mèdica | DADES DEL TITULAR | | DNI/NIE/Passaport |
| Primer cognom | Segon cognom | Nom | Telèfon: Fixe Mòbil | |
| Domicili | Codi Postal y localitat | Província | País | |
| Si desitja rebre informació, indiqui la seva adreça de correu electrònic | | | | |
| DADES DEL BENEFICIARI DE LA PRESTACIÓ | | | | |
| Nom i cognoms (si fos el mateix titular, s'ha d'indicar "el mateix") | | DNI/NIE/Passaport | Relació amb el titular | |
| DADES PER A INFORMACIÓ SOBRE LA NOTIFICACIÓ | | | | |
| S'ha de emplenar NOMÉS si desitja que la notificació es practiqui en un lloc diferent a la seva adreça | | | | |
| Carrer i núm | | | | |
| Codi Postal i localitat | | Província | País | |

| | |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. DENTÀRIES | <p><i>Adjuntar sempre el document assenyalat amb <input checked="" type="checkbox"/> i, si escau l'as senyalat amb <input type="checkbox"/> marcant-lo amb X</i></p> <p>Factura del odontòleg, estomatòleg o cirurgia maxil·lofacial que hagi realitzat la implantació o el tractament. La factura haurà de detallar conceptes i preus i tenir constància del pagament o acompanyar-la, si escau, del rebut que ho acrediti. Recordi que en la factura ha d'aparèixer la llegenda "Exempt d'IVA". En el cas de "Dentadura superior / inferior", s'ha d'especificar si es tracta d'una dentadura "completa" o, en el seu defecte, enumerar les peces que inclou. Si s'aporta factura de protètic dental, s'haurà d'acompanyar de la factura o informe de l'especialista que hagi realitzat la prescripció i implantació del tractament.</p> <p>Si es tracta d'ortodòncia i el beneficiari ha complert els 18 anys en la data de la factura, informe del facultatiu especialista acreditatiu de la data en que va començar el tractament</p> |
| | <p><i>Adjuntar sempre el document assenyalat amb <input checked="" type="checkbox"/> i, si escau l'as senyalat amb <input type="checkbox"/> marcant-lo amb X</i></p> <p>En las sol·licituds d'ajudes per a lent terapèutica i ajudes prismàtiques per a alteracions severes de la motilitat ocular, informe del oftalmòleg amb el diagnòstic i la prescripció.</p> <p>Per a la primera sol·licitud d'ajudes òptiques per a baixa visió informe del oftalmòleg en el que es detalli l'agudesesa visual del beneficiari i, si escau, del camp visual.</p> <p>Factura de l'òptica, o si escau, de l'oftalmòleg. La factura haurà de detallar conceptes i preus, no bastant amb els noms comercials. Tenir constància del pagament o acompanyar-se, si és el cas, del rebut que ho acrediti.</p> |
| 2. OCULARS | |

| | AUDIFÒN | LARINGÒFON | MATALÀS /MATALASSET |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------|
| 3. ALTRES | Adjuntar sempre el document assenyalat amb <input checked="" type="checkbox"/> i, si escau l'as senyalat amb <input type="checkbox"/> marcant-lo amb X | | |
| | Informe del corresponent especialista, concertat amb l'entitat mèdica, amb el diagnòstic i la prescripció del producte sanitari. | | |
| | Factura de l'establiment subministrador autoritzat. La factura haurà de detallar conceptes i preus i tenir constància del pagament o acompanyar-se, si escau, del rebut que ho acrediti. Respecte a les factures llegeixi atentament les instruccions que apareixen al final d'aquest imprès. | | |
| | En el cas de titular adscrit a l'INSS, documentació que acrediti que, havent utilitzat els serveis sanitaris que el corresponien, ha sol·licitat la prestació en l'organisme competent i no l'ha obtingut o l'ha obtingut en quantia inferior a la finançada per MUFACE. | | |
| En cas de reparació, certificat de garantia del producte quan el producte tingui una antiguitat inferior a 5 anys. | | | |

| | |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| S'INFORMA | <p>L'expedient es resoldrà d'acord amb els conceptes reflectits en la factura i la normativa vigent.</p> <p>El termini de resolució d'aquest expedient és de dos mesos des de la data d'entrada de la sol·licitud a Muface. Transcorregut aquest termini, els efectes de la falta de resolució expressa (silenci administratiu) seran estimatoris.</p> |
| COMPROVI | <p>Per a evitar tràmits d'esmena, les factures aportades hauran d'incloure inexcusablement les següents dades o mencions, segons la vigent normativa sobre facturació:</p> <ol style="list-style-type: none"> Número i, si escau, sèrie de la factura, així com data de la seva expedició Del emissor de la factura: Nom i cognoms, raó o denominació social completa, així com el número d'identificació fiscal (NIF) i domicili. Del destinatari de la factura: Nom i cognoms (mutualista o beneficiari que rep el servei), adreça, i el NIF. Descripció de les operacions, desglossament de conceptes i preus, consignant totes les dades necessàries per a la determinació de la base imposable d'aquelles i el seu import. IVA: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si es tracta d'una prestació dentària, la factura haurà d'incloure la menció de que el servei està exempt d'IVA. ✓ A la resta de supòsits l'IVA. aplicable, amb el seu corresponent desglossament entre base i quota. Data en que s'hagin efectuat les operacions que es documenten, si es tracta de data distinta a la d'expedició de la factura. Justificació del Pagament, que consisteix en la inclusió de la paraula "HE REBUT", "HE COBRAT" O "HE PAGAT" o acompanyar-se del rebut que acrediti el pagament. Les factures d'import igual o superior a 1.000 € en les que no hi figuri la forma d'abonament, s'han d'acompanyar de l'acreditació del mètode de pagament que en cap cas no pot ser en efectiu. <p>Els mutualistes hauran de conservar els originals de les factures i els altres documents de valor probatori durant un termini de 4 anys, comptats des de la data de cobrament de la prestació.</p> |

DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA

| CÓDIGO IBAN | CÓDIGO BANCO | CÓDIGO SUCURSAL | D.C | Nº CUENTA |
|-------------|--------------|-----------------|-----|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Declaro expressament que les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes i que tots els documents adjuntats a la sol·licitud són originals o còpies fidels dels documents originals. Així mateix, declaro que conec l'obligació de respectar el règim d'incompatibilitats de l'ajuda que si s'escau percebi, i de reintegrar l'excés amb interessos de demora en cas de superar les ajudes rebudes, el cost incorregut i justificat a la meua sol·licitud, d'acord amb la normativa vigent.

| | |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| LLOC I DATA | SIGNATURA DEL SOL·LICITANT, o de seu representant degudament acreditat (Art. 5 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre) |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

PROTECCIÓ DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL: D'acord amb l'article 13 del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (Reglament General de Protecció de Dades Personals), s'informa que les dades personals facilitades seran tractades per MUFACE amb la finalitat de gestionar les prestacions sanitàries en el Règim del Mutualisme Administratiu. Aquest tractament és necessari per a el compliment de l'obligació legal establerta en els articles 4 i 12 del text refós de la Llei sobre Seguretat Social dels Funcionaris Civils de l'Estat (aprovat per Reial Decret Legislatiu 4/2000, de 23 de juny). Així com la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i Garantia dels Drets Digitals. Pot exercir els seus drets en matèria de protecció de dades davant la Directora del Departament de Prestacions Sanitàries de MUFACE.

Més informació en l'apartat "[Privadesa i protecció de dades](#)" de la pàgina web de Muface.
Delegat de Protecció de Dades de la Mutualitat: [Delegat de Protecció de Dades de la Mutualitat](#)

MUTUALITAT GENERAL DE FUNCIONARIS CIVILS DE L'ESTAT

**EXPEDIENT DE PRESTACIÓ COMPLEMENTÀRIA:
DENTÀRIES, OCULARS I ALTRES**

SERVEI PROVINCIAL

REGISTRE DE PRESENTACIÓ

OFICINA DELEGADA

REGISTRE D'ENTRADA

CODI DE L'EXPEDIENT

SOL-LICITUD

AVÍS

A partir d'1 de març de 2019, la sol·licitud de prestacions dentàries o oculars s'ha de realitzar electrònicament a la seu electrònica de MUFACE: www.muface.es

No obstant això, els mutualistes que no es trobin en situació d'actiu, és a dir: jubilats, mutualistes voluntaris, així com beneficiaris amb títol propi, podran presentar les seves sol·licituds en format paper davant qualsevol Servei Provincial o Oficina Delegada de MUFACE, per correu postal, o en qualsevol dels registres públics, però únicament durant els mesos de març, i octubre de cada any natural.

| | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|--|---------------------------|
| Número d'afiliació | Entitat mèdica | DADES DEL TITULAR | | DNI/NIE/Passaport |
| Primer cognom | Segon cognom | Nom | | Telèfon: Fixe Mòbil |
| Domicili | Codi Postal y localitat | Província | | País |
| Si desitja rebre informació, indiqui la seva adreça de correu electrònic | | | | |
| DADES DEL BENEFICIARI DE LA PRESTACIÓ | | | | |
| Nom i cognoms (si fos el mateix titular, s'ha d'indicar "el mateix") | | DNI/NIE/Passaport | | Relació amb el titular |
| DADES PER A INFORMACIÓ SOBRE LA NOTIFICACIÓ | | | | |
| S'ha de omplir NOMÉS si desitja que la notificació es practiqui en un lloc diferent a la seva adreça | | | | |
| Carrer i núm | | | | |
| Codi Postal i localitat | | Província | | País |

| | |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. DENTÀRIES | <p><i>Adjuntar sempre el document assenyalat amb <input checked="" type="checkbox"/> i, si escau l'as senyalat amb <input type="checkbox"/> marcant-lo amb X</i></p> <p>Factura del odontòleg, estomatòleg o cirurgia maxil·lofacial que hagi realitzat la implantació o el tractament. La factura haurà de detallar conceptes i preus i tenir constància del pagament o acompanyar-la, si escau, del rebut que ho acrediti. Recordi que en la factura ha d'aparèixer la llegenda "Exempt d'IVA". En el cas de "Dentadura superior / inferior", s'ha d'especificar si es tracta d'una dentadura "completa" o, en el seu defecte, enumerar les peces que inclou. Si s'aporta factura de protètic dental, s'haurà d'acompanyar de la factura o informe de l'especialista que hagi realitzat la prescripció i implantació del tractament.</p> <p>Si es tracta d'ortodòncia i el beneficiari ha complert els 18 anys en la data de la factura, informe del facultatiu especialista acreditatiu de la data en que va començar el tractament</p> |
| | <p><i>Adjuntar sempre el document assenyalat amb <input checked="" type="checkbox"/> i, si escau l'as senyalat amb <input type="checkbox"/> marcant-lo amb X</i></p> <p>En las sol·licituds d'ajudes per a lent terapèutica i ajudes prismàtiques per a alteracions severes de la motilitat ocular, informe del oftalmòleg amb el diagnòstic i la prescripció.</p> <p>Per a la primera sol·licitud d'ajudes òptiques per a baixa visió informe del oftalmòleg en el que es detalli l'agudesa visual del beneficiari i, si escau, del camp visual.</p> <p>Factura de l'òptica, o si escau, de l'oftalmòleg. La factura haurà de detallar conceptes i preus, no bastant amb els noms comercials. Tenir constància del pagament o acompanyar-se, si és el cas, del rebut que ho acrediti.</p> |
| 2. OCULARS | |

| | AUDIFÒN | LARINGÒFON | MATALÀS /MATALASSET |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------|
| 3. ALTRES | <i>Adjuntar sempre el document assenyalat amb <input checked="" type="checkbox"/> i, si escau l'as senyalat amb <input type="checkbox"/> marcant-lo amb X</i> | | |
| | Informe del corresponent especialista, concertat amb l'entitat mèdica, amb el diagnòstic i la prescripció del producte sanitari. | | |
| | Factura de l'establiment subministrador autoritzat. La factura haurà de detallar conceptes i preus i tenir constància del pagament o acompanyar-se, si escau, del rebut que ho acrediti. Respecte a les factures llegeixi atentament les instruccions que apareixen al final d'aquest imprès. | | |
| | En el cas de titular adscrit a l'INSS, documentació que acrediti que, havent utilitzat els serveis sanitaris que el corresponien, ha sol·licitat la prestació en l'organisme competent i no l'ha obtingut o l'ha obtingut en quantia inferior a la finançada per MUFACE. | | |
| En cas de reparació, certificat de garantia del producte quan el producte tingui una antiguitat inferior a 5 anys. | | | |

| | |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| S'INFORMA | <p>L'expedient es resoldrà d'acord amb els conceptes reflectits en la factura i la normativa vigent.</p> <p>El termini de resolució d'aquest expedient és de dos mesos des de la data d'entrada de la sol·licitud a Muface. Transcorregut aquest termini, els efectes de la falta de resolució expressa (silenci administratiu) seran estimatoris.</p> |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COMPROVI | <p>Per a evitar tràmits d'esmena, les factures aportades hauran d'incloure inexcusablement les següents dades o mencions, segons la vigent normativa sobre facturació:</p> <ol style="list-style-type: none"> Número i, si escau, sèrie de la factura, així com data de la seva expedició Del emissor de la factura: Nom i cognoms, raó o denominació social completa, així com el número d'identificació fiscal (NIF) i domicili. Del destinatari de la factura: Nom i cognoms (mutualista o beneficiari que rep el servei), adreça, i el NIF. Descripció de les operacions, desglossament de conceptes i preus, consignant totes les dades necessàries per a la determinació de la base imposable d'aquelles i el seu import. IVA: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si es tracta d'una prestació dentària, la factura haurà d'incloure la menció de que el servei està exempt d'IVA. ✓ A la resta de supòsits l'IVA. aplicable, amb el seu corresponent desglossament entre base i quota. Data en que s'hagin efectuat les operacions que es documenten, si es tracta de data distinta a la d'expedició de la factura. Justificació del Pagament, que consisteix en la inclusió de la paraula "HE REBUT", "HE COBRAT" O "HE PAGAT" o acompanyar-se del rebut que acrediti el pagament. Les factures d'import igual o superior a 1.000 € en les que no hi figuri la forma d'abonament, s'han d'acompanyar de l'acreditació del mètode de pagament que en cap cas no pot ser en efectiu. <p>Els mutualistes hauran de conservar els originals de les factures i els altres documents de valor probatori durant un termini de 4 anys, comptats des de la data de cobrament de la prestació.</p> |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| DADES PER AL PAGAMENT PER TRANSFERÈNCIA | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------|--|--|--------------|--|--|-----------------|--|--|-----|--|-----------|--|
| CÓDIGO IBAN | | | CÓDIGO BANCO | | | CÓDIGO SUCURSAL | | | D.C | | Nº CUENTA | |
| | | | | | | | | | | | | |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Declaro expressament que les dades consignades en aquesta sol·licitud són certes i que tots els documents adjuntats a la sol·licitud són originals o còpies fidels dels documents originals. Així mateix, declaro que conec l'obligació de respectar el règim d'incompatibilitats de l'ajuda que si s'escau percebi, i de reintegrar l'excés amb interessos de demora en cas de superar les ajudes rebudes, el cost incorregut i justificat a la meva sol·licitud, d'acord amb la normativa vigent. | |
| LLOC I DATA | SIGNATURA DEL SOL·LICITANT, o de seu representant degudament acreditat (Art. 5 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre) |

PROTECCIÓ DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL: D'acord amb l'article 13 del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 (Reglament General de Protecció de Dades Personals), s'informa que les dades personals facilitades seran tractades per MUFACE amb la finalitat de gestionar les prestacions sanitàries en el Règim del Mutualisme Administratiu. Aquest tractament és necessari per a el compliment de l'obligació legal establerta en els articles 4 i 12 del text refós de la Llei sobre Seguretat Social dels Funcionaris Civils de l'Estat (aprovat per Reial Decret Legislatiu 4/2000, de 23 de juny). Així com la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i Garantia dels Drets Digitals. Pot exercir els seus drets en matèria de protecció de dades davant la Directora del Departament de Prestacions Sanitàries de MUFACE.

Més informació en l'apartat "[Privadesa i protecció de dades](#)" de la pàgina web de Muface.

Delegat de Protecció de Dades de la Mutualitat: [Delegat de Protecció de Dades de la Mutualitat](#).

| |
|------------------------------------------------------------|
| MUTUALITAT GENERAL DE FUNCIONARIS CIVILS DE L'ESTAT |
|------------------------------------------------------------|