

EXPEDIENTE DE PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA: MATERIAL ORTOPROTÉSICO	
SERVIZO PROVINCIAL	REXISTRO DE PRESENTACIÓN
OFICINA DELEGADA	REXISTRO DE ENTRADA
CÓDIGO DO EXPEDIENTE	

SOLICITUDE

Número de afiliación	Entidade médica	DATOS DO TITULAR		DNI/NIE/Pasaporte	
Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome	Teléfono:		Fixo Móbil
Domicilio	Código postal e localidade	Provincia	País		
Se desexa recibir información, indique o seu enderezo electrónico					
DATOS DO BENEFICIARIO DA PRESTACIÓN					
Nome e apelidos (se fose o propio titular, indíquese "o mesmo")			DNI/NIE/Pasaporte		Relación co titular
DATOS PARA INFORMACIÓN SOBRE A NOTIFICACIÓN					
Cumplimentar se desexa que a notificación se practique en lugar distinto do seu domicilio:					
Rúa e nº:					
Código Postal e localidade:		..Provincia...		País	
Solicítase devolución da factura, para o que se presenta orixinal e fotocopia. A factura devolverase unha vez resolto o expediente.					

Os mutualistas que elixiron **adscripción INSS deben solicitar a prestación ao Servizo Público de Saúde da súa Comunidade Autónoma ou ao INGESA**, no caso de Ceuta e Melilla, a través do procedemento que establezan para os seus usuarios e nas mesmas condicións, xa que o importe Máximo de Financiamento é o mesmo en todos os casos, de acordo coa disposición adicional segunda do Real Decreto 1506/2012, do 2 de novembro, polo que se regula a carteira común suplementaria de prestación ortoprotésica do Sistema Nacional de Saúde e fíxanse as bases para o establecemento dos importes máximos de financiamento en prestación ortoprotésica.

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ACHEGAR	
1. MATERIAL ORTOPROTÉSICO	<p><i>Achéguese sempre o documento sinalado con <input checked="" type="checkbox"/> e, no caso que proceda, o sinalado con <input type="checkbox"/>, marcándoo cunha X</i></p> <p>Informe normalizado do correspondente especialista, concertado coa entidade médica, co diagnóstico e a prescrición do produto sanitario (descrición e código).</p> <p>Informes complementarios requeridos</p> <p>Factura orixinal do establecemento subministrador autorizado, emitida a nome do titular ou do beneficiario, sempre que este sexa maior de idade ou teña DNI. No caso contrario, deberá figurar na factura o DNI do representante (pai, nai ou titor). A factura debe detallar os distintos conceptos e os seus prezos así como a constancia do seu pago ou, no seu caso:</p> <p>Acompañarse de recibo que acredite o pago.</p> <p>O "conforme" do titular na factura, só no caso de que, a pedimento do interesado, a Mutualidade autorice excepcionalmente o pago directo ao establecemento subministrador. Cando o importe facturado sexa superior á contía da prestación, deberá acreditarse na factura que o interesado abonou a conta o importe da diferenza.</p> <p>No caso de reparación, certificado de garantía do produto.</p>

INFORMASE	<p>O expediente resolverase de acordo cos conceptos reflectidos na factura e na normativa vixente</p> <p>O prazo de resolución deste expediente é de dous meses desde a data de entrada da solicitude en Muface. Transcorrido o devandito prazo, os efectos da falta de resolución expresa (silencio administrativo) serán estimatorios</p>
COMPROBE	<p>Para evitar trámites de corrección, as facturas achegadas deberán incluír inescusabelmente os seguintes datos ou mencións, según a vixente normativa sobre facturación:</p> <ol style="list-style-type: none"> Número e, no seu caso, serie da factura, así como data da súa expedición. Do emisor da factura: Nome e apelidos, razón ou denominación social completa, así como o número de identificación fiscal (NIF) e domicilio. Do destinatario da factura: Nome e apelidos (mutualista ou beneficiario que recibe o servizo) e domicilio. Descrición das operacións, desagregación de conceptos e prezos, incluído todos os datos necesarios para a determinación da base impositiva daquelas e o seu importe. Tipo do IVE aplicable, coa súa correspondente desagregación entre base e cota. Lembren que segundo o art. 91 da Lei 37/1992, do 28 de decembro, do Imposto sobre o Valor Engadido, aqueles pacientes que teñan recoñecida unha discapacidade $\geq 33\%$ deberán acreditarlo mediante certificación na ortopedia, debido a que nalgúns produtos terán IVE/IVE superreducido do 4%. Datan a que se efectuaron as operacións que se documentan, si se trata de data distinta á de expedición da factura. Xustificación do Pago, que consiste na inclusión da palabra "RECIBÍN", "COBRADO" ou "PAGADO" ou acompañarse do recibo que acredite o pago As facturas con importes igual ou superior a 1.000 € en que non figure a forma de abono deberán acompañarse da acreditación do método de pago que en ningún caso poderá ser en efectivo. <p>Na factura debe constar o tipo de produto (Código e descrición).</p>

DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA

CÓDIGO IBAN	CÓDIGO BANCO	CÓDIGO SUCURSAL	D.C	Nº CUENTA

Declaro expresamente que os datos consignados nesta solicitude son certos e que todos os documentos achegados á solicitude son orixinais ou copias fieis dos documentos orixinais. Así mesmo, declaro que coñezo a obrigaón de respetar o réximen de incompatibilidades da axuda que no seu caso perciba, e de reintegrar o exceso con intereses de demora no caso de superar as axudas recibidas, o custe incorrido e xustificado na miña solicitude, de acordo coa normativa vixente.

LUGAR E DATA

SINATURA DO SOLICITANTE, ou do seu representante debidamente acreditado
(Art. 5 da Lei 39/2015, do 1 de outubro)

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSOAL: De acordo co artigo 13 do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 (Regulamento Xeral de Protección de Datos Persoais), infórmase que os datos persoas facilitados serán tratados por MUFACE coa finalidade de xestionar as prestacións sanitarias no Réxime do Mutualismo Administrativo.
Este tratamento é necesario para o cumprimento da obrigaón legal establecida nos artigos 4 e 12 do Texto Refundido da Lei sobre Seguridade Social dos Funcionarios Civís do Estado (aprobado por Real Decreto Lexislativo 4/2000, de 23 de xuño), así como na Lei Orgánica 3/2018, de 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais e Garantía dos Dereitos Dixitais. Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante a Directora do Departamento de Prestacións Sanitarias de MUFACE.

Máis información na apartado "[Privacidade e protección de datos](#)" da páxina web de Muface.

Delegado de Protección de Datos da Mutualidade: [Delegado de Protección de Datos da Mutualidade](#).

MUTUALIDADE XERAL DE FUNCIONARIOS CIVIS DO ESTADO

EXPEDIENTE DE PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA: MATERIAL ORTOPROTÉSICO	
SERVIZO PROVINCIAL	REXISTRO DE PRESENTACIÓN
OFICINA DELEGADA	REXISTRO DE ENTRADA
CÓDIGO DO EXPEDIENTE	

SOLICITUDE

Número de afiliación	Entidade médica	DATOS DO TITULAR		DNI/NIE/Pasaporte	
Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome	Teléfono:		Fixo Móbil
Domicilio	Código postal e localidade	Provincia	País		
Se desexa recibir información, indique o seu enderezo electrónico					
DATOS DO BENEFICIARIO DA PRESTACIÓN					
Nome e apelidos (se fose o propio titular, indíquese "o mesmo")			DNI/NIE/Pasaporte		Relación co titular
DATOS PARA INFORMACIÓN SOBRE A NOTIFICACIÓN					
Cumplimentar se desexa que a notificación se practique en lugar distinto do seu domicilio:					
Rúa e nº:					
Código Postal e localidade:		..Provincia...	País		
Solicítase devolución da factura, para o que se presenta orixinal e fotocopia. A factura devolverase unha vez resolto o expediente.					

Os mutualistas que elixiron **adscripción INSS deben solicitar a prestación ao Servizo Público de Saúde da súa Comunidade Autónoma ou ao INGESA**, no caso de Ceuta e Melilla, a través do procedemento que establezan para os seus usuarios e nas mesmas condicións, xa que o importe Máximo de Financiamento é o mesmo en todos os casos, de acordo coa disposición adicional segunda do Real Decreto 1506/2012, do 2 de novembro, polo que se regula a carteira común suplementaria de prestación ortoprotésica do Sistema Nacional de Saúde e fíxanse as bases para o establecemento dos importes máximos de financiamento en prestación ortoprotésica.

DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ACHEGAR	
1. MATERIAL ORTOPROTÉSICO	<p><i>Achéguese sempre o documento sinalado con <input checked="" type="checkbox"/> e, no caso que proceda, o sinalado con <input type="checkbox"/>, marcándoo cunha X</i></p> <p>Informe normalizado do correspondente especialista, concertado coa entidade médica, co diagnóstico e a prescrición do produto sanitario (descrición e código).</p> <p>Informes complementarios requeridos</p> <p>Factura orixinal do establecemento subministrador autorizado, emitida a nome do titular ou do beneficiario, sempre que este sexa maior de idade ou teña DNI. No caso contrario, deberá figurar na factura o DNI do representante (pai, nai ou titor). A factura debe detallar os distintos conceptos e os seus prezos así como a constancia do seu pago ou, no seu caso:</p> <p style="padding-left: 40px;">Acompañarse de recibo que acredite o pago.</p> <p>O "conforme" do titular na factura, só no caso de que, a pedimento do interesado, a Mutualidade autorice excepcionalmente o pago directo ao establecemento subministrador. Cando o importe facturado sexa superior á contía da prestación, deberá acreditarse na factura que o interesado abonou a conta o importe da diferenza.</p> <p>No caso de reparación, certificado de garantía do produto.</p>

EXEMPLAR PARA O/A INTERESADO/A

INFORMASE	<p>O expediente resolverase de acordo cos conceptos reflectidos na factura e na normativa vixente</p> <p>O prazo de resolución deste expediente é de dous meses desde a data de entrada da solicitude en Muface. Transcorrido o devandito prazo, os efectos da falta de resolución expresa (silencio administrativo) serán estimatorios</p>
COMPROBE	<p>Para evitar trámites de corrección, as facturas achegadas deberán incluír inescusabelmente os seguintes datos ou mencións, según a vixente normativa sobre facturación:</p> <ol style="list-style-type: none"> Número e, no seu caso, serie da factura, así como data da súa expedición. Do emisor da factura: Nome e apelidos, razón ou denominación social completa, así como o número de identificación fiscal (NIF) e domicilio. Do destinatario da factura: Nome e apelidos (mutualista ou beneficiario que recibe o servizo) e domicilio. Descrición das operacións, desagregación de conceptos e prezos, incluído todos os datos necesarios para a determinación da base imponible daquelas e o seu importe. Tipo do IVE aplicable, coa súa correspondente desagregación entre base e cota. Lembren que segundo o art. 91 da Lei 37/1992, do 28 de decembro, do Imposto sobre o Valor Engadido, aqueles pacientes que teñan recoñecida unha discapacidade $\geq 33\%$ deberán acreditálo mediante certificación na ortopedia, debido a que nalgúns produtos terán IVE/IVE superreducido do 4%. Datan a que se efectuaron as operacións que se documentan, si se trata de data distinta á de expedición da factura. Xustificación do Pago, que consiste na inclusión da palabra "RECIBÍN", "COBRADO" ou "PAGADO" ou acompañarse do recibo que acredite o pago As facturas con importes igual ou superior a 1.000 € en que non figure a forma de abono deberán acompañarse da acreditación do método de pago que en ningún caso poderá ser en efectivo. <p>Na factura debe constar o tipo de produto (Código e descrición).</p>

DATOS PARA O PAGAMENTO POR TRANSFERENCIA

CÓDIGO IBAN	CÓDIGO BANCO	CÓDIGO SUCURSAL	D.C	Nº CUENTA

Declaro expresamente que os datos consignados nesta solicitude son certos e que todos os documentos achegados á solicitude son orixinais ou copias fieis dos documentos orixinais. Así mesmo, declaro que coñezo a obrigaón de respetar o réximen de incompatibilidades da axuda que no seu caso perciba, e de reintegrar o exceso con intereses de demora no caso de superar as axudas recibidas, o custe incorrido e xustificado na miña solicitude, de acordo coa normativa vixente.

LUGAR E DATA

SINATURA DO SOLICITANTE, ou do seu representante debidamente acreditado
(Art. 5 da Lei 39/2015, do 1 de outubro)

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSOAL: De acordo co artigo 13 do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeo e do Consello do 27 de abril de 2016 (Regulamento Xeral de Protección de Datos Persoais), infórmase que os datos persoas facilitados serán tratados por MUFACE coa finalidade de xestionar as prestacións sanitarias no Réxime do Mutualismo Administrativo.

Este tratamento é necesario para o cumprimento da obrigaón legal establecida nos artigos 4 e 12 do Texto Refundido da Lei sobre Seguridade Social dos Funcionarios Civís do Estado (aprobado por Real Decreto Lexislativo 4/2000, de 23 de xuño), así como na Lei Orgánica 3/2018, de 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais e Garantía dos Dereitos Dixitais. Pode exercer os seus dereitos en materia de protección de datos ante a Directora do Departamento de Prestacións Sanitarias de MUFACE.

Máis información na apartado "[Privacidade e protección de datos](#)" da páxina web de Muface.

Delegado de Protección de Datos da Mutualidade: [Delegado de Protección de Datos da Mutualidade](#).

MUTUALIDADE XERAL DE FUNCIONARIOS CIVIS DO ESTADO