



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO PARA LA TRANSFORMACIÓN DIGITAL Y DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

**EXPEDIENT DE PRESTACIÓ ORTOPROTÈTICA:
CATÀLEG MATERIAL ORTOPROTÈTIC**

SERVEI PROVINCIAL

REGISTRE DE PRESENTACIÓ

OFICINA DELEGADA

REGISTRE D'ENTRADA

CODI DE L'EXPEDIENT

SOL·LICITUD

Número d'afiliació	Entitat mèdica	DADES DEL TITULAR		DNI/NIE/Passaport	
Primer cognom		Segon cognom		Nom	
Adreça		Codi postal i localitat		Província	País
Si desitgeu rebre informació, indiqueu la vostra adreça de correu electrònic					
DADES DEL BENEFICIARI DE LA PRESTACIÓ					
Nom i cognoms (si fos el mateix titular, indiqueu "el mateix")				DNI/NIE/Passaport	
Relació amb el titular					
DADES PER A INFORMACIÓ SOBRE LA NOTIFICACIÓ					
Empleneu-ho NOMÉS si desitgeu que la notificació es practiqui en lloc diferent de la vostra adreça:					
Carrer i núm.					
Codi Postal i localitat:		Província		País	
Se sol·licita devolució de la factura, per la qual cosa es presenta original i fotocòpia. La factura es tornarà un cop resol l'expedient.					

Els mutualistes que han triat adscripció INSS han de sol·licitar la prestació al Servei Públic de Salut de la seva Comunitat Autònoma o a l'INGESA, en el cas de Ceuta i Melilla, a través del procediment que estableixin per als seus usuaris i en les mateixes condicions, ja que l'import Màxim de Finançament és el mateix en tots els casos, d'acord amb la disposició addicional segona del Reial decret 1506/2012, de 2 de novembre, pel qual es regula la cartera comuna suplementària de prestació ortoprotètica del Sistema Nacional de Salut i es fixen les bases per a l'establiment dels imports màxims de finançament en prestació ortoprotètica.

DOCUMENTS QUE CAL ACOMPANYAR

1. MATERIAL ORTOPROTÈTIC	<p>Acompanyeu sempre el document assenyalat amb <input checked="" type="checkbox"/> i, si s'escau, l'assenyalat amb <input type="checkbox"/>, marcant-lo amb X</p> <p>Informe mèdic normalitzat emplenat per especialista concertat amb l'entitat mèdica.</p> <p>Informes complementaris requerits.</p> <p>Factura de l'establiment subministrador autoritzat, emesa a nom del titular o del beneficiari, sempre que aquest sigui major d'edat o tingui DNI. En cas contrari, haurà de figurar en la factura el DNI del representant (pare, mare o tutor). La factura haurà de detallar els diferents conceptes i el seus preus així com la constància del seu pagament o, si s'escau:</p> <p>acompanyar-se de rebut que acrediti el pagament</p> <p>el "conforme" del titular en la factura, només en el cas de que, a petició de l'interessat, la Mutualidad autoritzi el pagament directe a l'establiment subministrador quan l'import facturat sigui igual o menor a la quantia de la prestació, o si és superior s'haurà d'acreditar en la factura que l'interessat ha abonat a compte l'import de la diferència</p> <p>En cas de reparació, certificat de garantia del producte.</p>
---------------------------------	--

EXEMPLAR PER MUFACE

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 en Muface. Transcorregut aquest termini, els efectes de la falta de resolució expressa (silenci administratiu) seran estimatoris.</p>
COMPROVEU	<p>Per evitar tràmits de subsanació, les factures aportades hauran d'incloure inexcusablement les següents dades o mencions, segons la vigent normativa sobre facturació:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Número i, si s'escau, sèrie de la factura, així com data de la seva expedició. b) <u>De l'emissor de la factura</u>: Nom i cognoms, raó o denominació social completa, així com el número d'identificació fiscal (NIF) i adreça. c) <u>Del destinatari de la factura</u>: Nom i cognoms (mutualista o beneficiari que rebí el servei) i adreça. d) Descripció de les operacions, desglossament, conceptes i preus, consignant-se totes les dades necessàries per a la determinació de la base imposable d'aquelles i el seu import. e) Tipus de l'impost aplicable (IVA, IGIC o IPSI), amb el seu corresponent desglossament entre base i quota Recordin que segons l'art. 91 de la Llei 37/1992, de 28 de desembre, de l'Impost sobre el Valor Afegit, aquells pacients que tinguin reconeguda una discapacitat $\geq 33\%$ ho hauran d'acreditar mitjançant certificació en l'ortopèdia, ja que en alguns productes tindran IVA superreduït del 4%. f) Data en què s'hagin efectuat les operacions que se documenten, si es tracta de data diferent a la d'expedició de la factura. g) Justificació del Pagament, que consisteix en la inclusió de l'expressió "HE REBUT", "HE COBRAT" O "PAGAT" o acompanyar-se del rebut que acrediti el pagament. h) 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>En la factura ha de constar el tipus de producte (Codi i descripció).</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 escau percebi, i de reintegrar l'excés amb interessos de demora en cas de superar les ajudes rebudes, el cost incorregut i justificat en la meua sol·licitud, d'acord amb la normativa vigent.

LLOC I DATA

SIGNATURA DEL SOL·LICITANT, o del 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 al 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 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 ORTOPROTÈTICA: CATÀLEG MATERIAL ORTOPROTÈTIC

SERVEI PROVINCIAL	REGISTRE DE PRESENTACIÓ
OFICINA DELEGADA	REGISTRE D'ENTRADA
CODI DE L'EXPEDIENT	

SOL·LICITUD

Número d'afiliació	Entitat mèdica	DADES DEL TITULAR	DNI/NIE/Passaport
Primer cognom	Segon cognom	Nom	Telèfon: Fixe Mòbil
Adreça	Codi postal i localitat	Província	País
<i>Si desitgeu rebre informació, indiqueu la vostra adreça de correu electrònic</i>			
DADES DEL BENEFICIARI DE LA PRESTACIÓ			
Nom i cognoms (si fos el mateix titular, indiqueu "el mateix")		DNI/NIE/Passaport	Relació amb el titular
DADES PER A INFORMACIÓ SOBRE LA NOTIFICACIÓ			
Empleneu-ho NOMÉS si desitgeu que la notificació es practiqui en lloc diferent de la vostra adreça:			
Carrer i núm.			
Codi Postal i localitat:		Província	País
<input type="checkbox"/> Se sol·licita devolució de la factura, per la qual cosa es presenta original i fotocòpia. La factura es tomarà un cop resol l'expedient.			

Els mutualistes que han triat adscripció INSS han de sol·licitar la prestació al Servei Públic de Salut de la seva Comunitat Autònoma o a l'INGESA, en el cas de Ceuta i Melilla, a través del procediment que estableixin per als seus usuaris i en les mateixes condicions, ja que l'import Màxim de Finançament és el mateix en tots els casos, d'acord amb la disposició addicional segona del Reial decret 1506/2012, de 2 de novembre, pel qual es regula la cartera comuna suplementària de prestació ortoprotètica del Sistema Nacional de Salut i es fixen les bases per a l'establiment dels imports màxims de finançament en prestació ortoprotètica.

DOCUMENTS QUE CAL ACOMPANYAR

1. MATERIAL ORTOPROTÈTIC	<p><i>Acompanyeu sempre el document assenyalat amb <input checked="" type="checkbox"/> i, si s'escau, l'assenyalat amb <input type="checkbox"/>, marcant-lo amb X</i></p> <p>Informe mèdic normalitzat emplenat per especialista concertat amb l'entitat mèdica.</p> <p>Informes complementaris requerits.</p> <p>Factura de l'establiment subministrador autoritzat, emesa a nom del titular o del beneficiari, sempre que aquest sigui major d'edat o tingui DNI. En cas contrari, haurà de figurar en la factura el DNI del representant (pare, mare o tutor). La factura haurà de detallar els diferents conceptes i el seus preus així com la constància del seu pagament o, si s'escau:</p> <p style="padding-left: 40px;">acompanyar-se de rebut que acrediti el pagament</p> <p style="padding-left: 40px;">el "conforme" del titular en la factura, només en el cas de que, a petició de l'interessat, la Mutualidad autoritzi el pagament directe a l'establiment subministrador quan l'import facturat sigui igual o menor a la quantia de la prestació, o si és superior s'haurà d'acreditar en la factura que l'interessat ha abonat a compte l'import de la diferència</p> <p>En cas de reparació, certificat de garantia del producte.</p>
---------------------------------	---

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 en Muface. Transcorregut aquest termini, els efectes de la falta de resolució expressa (silenci administratiu) seran estimatoris.</p>
COMPROVEU	<p>Per evitar tràmits de subsanació, 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 s'escau, sèrie de la factura, així com data de la seva expedició. <u>De l'emissor de la factura</u>: Nom i cognoms, raó o denominació social completa, així com el número d'identificació fiscal (NIF) i adreça. <u>Del destinatari de la factura</u>: Nom i cognoms (mutualista o beneficiari que rebí el servei) i adreça. Descripció de les operacions, desglossament, conceptes i preus, consignant-se totes les dades necessàries per a la determinació de la base imposable d'aquelles i el seu import. Tipus de l'impost aplicable (IVA, IGIC o IPSI), amb el seu corresponent desglossament entre base i quota Recordin que segons l'art. 91 de la Llei 37/1992, de 28 de desembre, de l'Impost sobre el Valor Afegit, aquells pacients que tinguin reconeguda una discapacitat $\geq 33\%$ ho hauran d'acreditar mitjançant certificació en l'ortopèdia, ja que en alguns productes tindran IVA superreduït del 4%. Data en què s'hagin efectuat les operacions que se documenten, si es tracta de data diferent a la d'expedició de la factura. Justificació del Pagament, que consisteix en la inclusió de l'expressió "HE REBUT", "HE COBRAT" O "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>En la factura ha de constar el tipus de producte (Codi i descripció).</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 escau percebi, i de reintegrar l'excés amb interessos de demora en cas de superar les ajudes rebudes, el cost incorregut i justificat en la meua sol·licitud, d'acord amb la normativa vigent.

LLOC I DATA

SIGNATURA DEL SOL·LICITANT, o del 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 al 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 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