



MINISTERIO  
DE JUSTICIA

SOLICITUD PREPARADA  
PARA CUMPLIMENTARSE  
ELECTRÓNICAMENTE

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE JUSTICIA

MUTUALIDAD GENERAL  
JUDICIAL  
AREA DE PRESTACIONES  
ECONOMICAS

**SOLICITUD DE AYUDA PARA PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS**

**DATOS TITULAR** (Deben cumplimentarse todos los campos que constan en el apartado de la ayuda solicitada) Expediente nº.....

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
NUM. DE AFILIACIÓN A MUGEJU		FECHA DE NACIMIENTO		NIF/PASAPORTE / D. IDENTIFICACION (UE)	
2 8 5 <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DOMICILIO: Calle o plaza y número (a efectos de notificaciones)			LOCALIDAD		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
PROVINCIA		C. POSTAL		NUM. TELÉFONO DE CONTACTO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ENTIDAD MEDICA			CORREO ELECTRONICO		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

APELLIDOS Y NOMBRE (Si fuese el propio titular, indíquese "el mismo")		<input type="text"/>	
FECHA DE NACIMIENTO		NIF/ Pasaporte / D. Identificación (U E)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

**DATOS DEL PAGO POR TRANSFERENCIA**

<b>IBAN</b>	CÓDIGO PAIS	ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	DIGITOS CONTROL	NUMERO DE CUENTA C.C.C.
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:**

- a) Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud y autorizo a que se realicen consultas en ficheros públicos para acreditarlos, con garantía de confidencialidad y a los efectos exclusivos de esta solicitud.  
Quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Mutualidad General Judicial cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.
- b) Que no he formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos de ninguna Entidad u Organismo Público.
- c) En el supuesto que reciba o vaya a recibir ayuda económica de otra Entidad o Organismo en cuantía de .....€

**SOLICITO** mediante su firma, que se dé curso a esta petición de prestación de Prestaciones Complementarias, adoptando para ello todas las medidas conducentes a su mejor resolución.

....., a .....de .....de 20  
Firma

**AVISO IMPORTANTE:**

La falsedad en documento público, así como la obtención fraudulenta de prestaciones, puede ser constitutiva de delito

Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero para la gestión de la prestación solicitada, cuya responsabilidad y custodia corresponde a la Mutualidad General Judicial. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados (Art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE del día 14)

CORREO ELECTRÓNICO Y PÁGINA WEB:

mugeju@justicia.es  
www.mugeju.es

MARQUÉS DEL DUERO, 7  
28001 MADRID  
TEL. 91 586 03 00  
FAX 91 586 09 21

## DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- **Dictamen del especialista** con patología y prescripción de la ayuda solicitada. En el caso de titulares y beneficiarios adscritos al **Servicio Público de Salud**, deberá aportar documentación que acredite que se ha solicitado la prestación en el correspondiente Servicio de Salud y la respuesta obtenida (Para casos de prestaciones ortoprotésicas).
- **Factura original** en la que deberá constar todos los requisitos legales: nº de factura, concepto, precio, fecha, N.I.F, IVA, sello y firma.
- **Presupuesto** 1-En solicitudes de ayuda de Ortodoncia y emitido por el odontólogo. 2- Cuando se solicite ayuda económica para prestaciones ortopédicas, por importe superior a 240 €, en este caso deberán aportar dos presupuestos debiendo ser emitidos por distintas empresas ortopédicas.
- **Graduación** de óptico u oftalmólogo para las ayudas de gafas, cristales y lentillas.

## TIPOS DE AYUDAS

### AYUDAS DENTALES

DENTADURA COMPLETA DE 28 PIEZAS <input type="checkbox"/>	PIEZAS DENTARIAS (MAXIMO 14) <input type="checkbox"/>	IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS (MAXIMO 14) <input type="checkbox"/>	ORTODONCIA Sólo las iniciadas antes de los 18 años <input type="checkbox"/>
DENTADURA SUPERIOR DE 14 PIEZAS <input type="checkbox"/>	TARTRECTOMÍA (Limpieza de boca sólo mutualistas adscritos al INSS) <input type="checkbox"/>	EMPASTES – OBTURACION (MAXIMO 14) (1) <input type="checkbox"/>	
DENTADURA INFERIOR DE 14 PIEZAS <input type="checkbox"/>		ENDODONCIA O DESVITALIZACION 1/PIEZA/1 VEZ EN LA VIDA (1) <input type="checkbox"/>	

La ayuda por rehabilitación dental con dentadura completa será incompatible con otras prestaciones dentarias, con la excepción de las ayudas por implantes osteointegrados  
(1) Excluidos menores de 15 años

### AYUDAS OFTALMOLÓGICAS

GAFAS	SUSTITUCIÓN DE CRISTALES	LENTILLAS	AYUDAS TÉCNICAS BAJA VISIÓN AYUDAS PARA ALTERACIONES SEVERAS DE LA MOTILIDAD OCULAR
Lejos <input type="checkbox"/>	Lejos <input type="checkbox"/>	Lentillas /Lentillas desechables <input type="checkbox"/>	Microscopios <input type="checkbox"/>
Cerca <input type="checkbox"/>	Cerca <input type="checkbox"/>	LENTE TERAPÉUTICAS <input type="checkbox"/>	Telescopios <input type="checkbox"/>
Bifocales <input type="checkbox"/>	Bifocales <input type="checkbox"/>		Lupas <input type="checkbox"/>
			Filtros <input type="checkbox"/>
			Telelupa <input type="checkbox"/>
			Prismas <input type="checkbox"/>

### OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

AUDÍFONO OÍDO IZQUIERDO <input type="checkbox"/>	COLCHON O COLCHONETA ANTIESCARAS (CON O SIN COMPRESOR) <input type="checkbox"/>
AUDÍFONO OÍDO DERECHO <input type="checkbox"/>	LARINGÓFONO <input type="checkbox"/>
REPARACION DE AUDÍFONO <input type="checkbox"/>	BOMBA EXTERNA DE INFUSION CONTINUA SUBCUTÁNEA DE INSULINA <input type="checkbox"/>

### MATERIAL ORTOPROTÉSICO

ORTESIS MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Columna <input type="checkbox"/>	PROTESIS MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Columna <input type="checkbox"/>	PROTESIS ESPECIALES Mama <input type="checkbox"/> Cara <input type="checkbox"/> Palatinas <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>
AYUDAS DE LA MARCHA Andadores <input type="checkbox"/> Bastones <input type="checkbox"/>	SILLAS DE RUEDAS <input type="checkbox"/> MATERIAL ANTIESCARAS Y ANTI DECUBITO <input type="checkbox"/> AYUDAS PARA TRATAMIENTO DE AFECCIONES CIRCULATORIAS <input type="checkbox"/>	CALZADOS <input type="checkbox"/>

Núm. Control 04/2017

MINISTERIO  
DE JUSTICIA

MUTUALIDAD  
GENERAL  
JUDICIAL