



MINISTERIO  
DE JUSTICIA

SOLICITUD PREPARADA  
PARA CUMPLIMENTARSE  
ELECTRÓNICAMENTE

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE JUSTICIA

MUTUALIDAD GENERAL  
JUDICIAL

**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 |  |  |                      |  |  | 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<br>(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"/>    |

**DECLARO bajo mi responsabilidad que:**

- a) Son ciertos los datos que consigno en el presente impreso.
- b) Que no he formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos de ninguna Entidad u Organismo Público.
- c) Que recibo o voy a recibir ayuda económica de otra Entidad o Organismo en cuantía de .....€

**AUTORIZO**

- a) La consulta de los datos de identificación personal a través del Servicio de verificación de Datos de Identidad, en todo caso con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de esta solicitud, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.
- b) Que otorga consentimiento a la Mutualidad General Judicial para comprobar los anteriores datos ante la Agencia Estatal de Administración Tributaria y la Tesorería General de la Seguridad Social (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre).

**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

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-
- **Factura original** en la que deberá constar todos los requisitos legales: n° 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.
- **Graduación** de óptico u oftalmólogo para las ayudas de gafas, cristales y lentes.

## 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<br>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) <input type="checkbox"/>                     |  |
| DENTADURA INFERIOR DE 14 PIEZAS <input type="checkbox"/> |   | ENDODONCIA O DESVITALIZACION 1/PIEZA/1 VEZ EN LA VIDA <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.

### 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<br>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"/>  | MEDIAS DE COMPRESION NORMAL <input type="checkbox"/>                               |
|  | BOMBA EXTERNA DE INFUSION CONTINUA SUBCUTÁNEA DE INSULINA <input type="checkbox"/> |

### MATERIAL ORTOPROTÉSICO

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

Núm. Control 01/2018

MINISTERIO  
DE JUSTICIA

MUTUALIDAD  
GENERAL  
JUDICIAL