

AYUDA PARA PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
NIF	NÚMERO DE AFILIACIÓN	ENTIDAD MÉDICA			
	285				
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO (Marque el recuadro si acepta la comunicación electrónica)			
		<input type="checkbox"/>			
APELLIDOS Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO					FECHA NACIMIENTO

DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

CALLE/PLAZA/AVENIDA/..		NOMBRE CALLE					
NÚMERO	KM	BLOQUE	PORTAL	PISO	ESCALERA	PUERTA	INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
CÓDIGO POSTAL		LOCALIDAD			PROVINCIA		

DATOS BANCARIOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

IBAN		Entidad Bancaria		Sucursal		D.C.		Número de cuenta						

TIPOS DE AYUDA

AYUDAS DENTARIAS	AYUDAS OFTALMOLÓGICAS
Dentadura completa, superior, inferior, piezas dentarias, limpieza de boca, implantes osteointegrados, empastes, endodoncia, ortodoncia	Gafas, sustitución de cristales, lentillas, ayudas técnicas baja visión (microscopios, telescopios, lupas, filtros, telelupas, prismas)
MATERIAL ORTOPROTÉSICO	OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS
Órtesis, prótesis, prótesis especiales, ayudas a la marcha (andadores, muletas, sillas de ruedas, bastones, etc)	Audífonos, colchón o colchoneta antiescaras, laringófono, bomba de insulina, medias y pantys de compresión.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- **Factura** en la que deberá constar todos los requisitos legales: nº de factura, concepto, precio, fecha, N.I.F, IVA, sello y firma.
 - Para ayudas de audífono: **informe médico o audiometría**.
 - Para ayudas de gafas, cristales o lentillas: **graduación** de óptico u oftalmólogo.
 - Para ayuda por ortodoncia: informe médico de prescripción del tratamiento, la primera vez que solicite una ayuda asociada al tratamiento de ortodoncia para ese beneficiario.
 - Para otras ayudas oftalmológicas, ayudas de material ortoprotésico, bombas de insulina, medias y pantys de compresión, laringófono o colchon antiescaras: **informe médico** con patología y prescripción de la ayuda solicitada.
 - Para ayudas por bomba de insulina: documentación acreditando que solicitó ayuda a la Comunidad Autónoma y le ha sido denegada.
- Deberá conservar los originales de las facturas y de los demás documentos de valor probatorio, durante cuatro años contados desde la fecha en la que cobre la prestación.

DECLARACIÓN RESPONSABLE

Declaro que:	
a) Los datos consignados en esta solicitud son ciertos.	
b) 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 u Organismo en cuantía de _____ €.	
LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE o REPRESENTANTE (En este último caso, indique nombre, DNI y relación con el interesado)

TIPOS DE AYUDA

AYUDAS DENTARIAS

<input type="checkbox"/> DENTADURAS, PIEZAS DENTARIAS, FUNDAS, CORONAS, IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS	<input type="checkbox"/> TARTRECTOMÍAS (Limpiezas de boca) Sólo para mutualistas adscritos al INSS	<input type="checkbox"/> EMPASTES, RECONSTRUCCIONES Y ENDODONCIAS (en piezas definitivas) Excluidos menores de 15 años, salvo los adscritos al INSS en la Región de Murcia	<input type="checkbox"/> ORTODONCIAS Sólo iniciadas antes de cumplir 18 años
---------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

Las facturas de ayudas dentarias (excepto para tartrectomías y ortodoncias) deben indicar la pieza en la que se realizó el tratamiento.

Para solicitar ayuda por ortodoncia se debe aportar un informe médico de prescripción del tratamiento, la primera vez que se solicite una ayuda asociada a ese tratamiento de ortodoncia del beneficiario.

La ayuda por rehabilitación con dentadura completa (superior e inferior) es incompatible con otras prestaciones dentarias, con la excepción de las ayudas por implantes osteointegrados, hasta un plazo de tres años desde la fecha de factura.

AYUDAS OFTALMOLÓGICAS

GAFAS Y CRISTALES <input type="checkbox"/> De cerca <input type="checkbox"/> De lejos <input type="checkbox"/> Progresivas	<input type="checkbox"/> LENTILLAS	<input type="checkbox"/> OTRAS AYUDAS: lentes terapéuticas, ayudas técnicas para baja visión, lupas, filtros y ayudas prismáticas.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Para solicitar ayudas para gafas, cristales o lentillas se debe aportar un informe de un oftalmólogo o un óptico, que incluya la graduación. Las facturas de gafas o cristales deben incluir la indicación de si son de cerca, de lejos o progresivas.

Para solicitar ayudas ópticas, lentes terapéuticas, ayudas técnicas de baja visión, lupas o filtros para baja visión se debe aportar un informe de un facultativo especialista en oftalmología acreditando dicha circunstancia. Si se trata de lupas, filtros o ayudas prismáticas, el informe debe acreditar alteración de la motilidad ocular.

MATERIAL ORTOPROTÉSICO

Compra, alquiler o reparaciones de productos ortopédicos recogidos en el Catálogo de material ortoprotésico de la Mutualidad General Judicial, publicado por la Resolución de 6 de mayo de 2008 (BOE 23/05/2008) modificada por la Resolución del 4 de diciembre de 2019 (BOE 18/12/2019), para mutualistas adscritos a entidades médicas privadas.

Para solicitar esta ayuda es necesario presentar un informe del especialista que indique la patología y la prescripción del material ortoprotésico.

OTRAS PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

<input type="checkbox"/> ADQUISICIÓN O REPARACIÓN DE AUDÍFONOS	<input type="checkbox"/> BOMBAS DE INSULINA Sólo mutualistas adscritos al INSS	<input type="checkbox"/> MEDIAS O PANTYS DE COMPRESIÓN	<input type="checkbox"/> LARINGÓFONOS	<input type="checkbox"/> COLCHÓN O COLCHONETA ANTIESCARAS
----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------------------------------

Para ayuda a la adquisición o reparación de audífonos es necesario presentar un informe médico o una audiometría. Para ayudas para medias o pantys de compresión es necesario presentar un informe médico en el que consten la patología y la prescripción, especificando el miembro lesionado, el tipo de media y la compresión de la media. Para ayudas para bomba de insulina, laringófono y colchón o colchoneta antiescaras es necesario presentar un informe médico.

Para solicitar ayudas para bombas de insulina es necesario presentar documentación que acredite que previamente solicitó ayuda al Servicio de salud de su comunidad autónoma y le ha sido denegada.

La ayuda para audífonos es incompatible con la prevista para el mismo concepto en el catálogo de material ortoprotésico de la Mutualidad General Judicial. La ayuda de medias o pantys de compresión es incompatible con la prestación para el mismo concepto en el catálogo de material ortoprotésico de la Mutualidad General Judicial.

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Responsable	MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL
Fines del tratamiento	Protección social de las personas mutualistas y beneficiarias adscritas a los Servicios Públicos de Salud y Entidades Médicas Privadas.
Legitimación	RGPD 6.1.c), LOPD 8: Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento.
Destinatarios	A las unidades con responsabilidad en materia de Seguridad Social de las distintas administraciones públicas y organismos públicos dependientes de ellas, así como a las entidades de seguro de asistencia sanitaria que tienen suscrito concierto con este organismo, para el ejercicio de las finalidades determinadas para este fichero. Y a la Agencia Estatal de la Administración Tributaria en materia tributaria, en virtud de lo dispuesto en los artículos 94 y 95 de la Ley General Tributaria (Ley 58/2003, de 17 de diciembre) en lo determinado por la ley. A las entidades del Sistema de Seguridad Social (Instituto Nacional de la Seguridad Social y Tesorería General de la Seguridad Social), en virtud de lo dispuesto en los artículos 40.4, 77 de la Ley General de la Seguridad Social (aprobada mediante el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre). A las Unidades Responsables en materia de Seguridad Social de las Comunidades Autónomas y a las Entidades de seguro de asistencia sanitaria, en virtud de las disposiciones adicionales 5.ª y 6.ª del Reglamento del Mutualismo Judicial, aprobado mediante Real Decreto 1026/2011, de 15 de julio
Derechos	Ejercer ante el responsable del tratamiento tus derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión (“derecho al olvido”), limitación del tratamiento.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra web: https://www.mugeju.es/informacion-institucional/proteccion-de-datos