



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 (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

IBAN	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 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.

....., adede 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 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) <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 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

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

Núm. Control 01/2018

MINISTERIO
DE JUSTICIA

MUTUALIDAD
GENERAL
JUDICIAL