



SOLICITUD DE PRÓTESIS

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombre		Nº de Afiliación	
Domicilio		Localidad	
Código y Provincia	Teléfono	Destino	
Nombre del beneficiario de la prótesis			Entidad

2. CLASE DE PRÓTESIS QUE SOLICITA

Y

DOCUMENTOS A ACOMPAÑAR

<p>Dentarias: Completo <input type="checkbox"/> Ortodoncia <input type="checkbox"/></p> <p>Nº de Piezas <input type="checkbox"/> Nº Empastes <input type="checkbox"/> Nº Endodoncias <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Dictamen del Especialista, especificando prestación: (Tipo de Gafas, Graduación, Cristal Dcho. O Izqdo., Lentillas, Piezas, Empastes, Endodoncias, etc.) Original o copia compulsada.</p> <p><input type="checkbox"/> Recibo que acredite el abono de la prótesis por importe de, haciéndose constar en el original diligencia de la MUGEJU abonará según baremo para el caso de aportación de copia.</p> <p><input type="checkbox"/> Presupuesto total (en caso de Ortodoncia).</p>
<p>Gafas:</p> <p><input type="checkbox"/> Bifocales <input type="checkbox"/> Gafas de cerca</p> <p><input type="checkbox"/> Cualquier uso <input type="checkbox"/> Gafas de lejos</p> <p><input type="checkbox"/> Lentillas <input type="checkbox"/> Renovación Cristales</p>	
<p>Aparato de Fonación <input type="checkbox"/> Audífonos <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Dictamen del Especialista.</p> <p><input type="checkbox"/> Uno o dos presupuestos, si es superior a 240,4 € emitidos por entidades ortopédicas.</p> <p><input type="checkbox"/> Factura original o copia, debidamente compulsada.</p>
<p>Ortopédicas <input type="checkbox"/></p> <p>- Calzado <input type="checkbox"/></p> <p>- Plantillas <input type="checkbox"/></p> <p>- Fajas <input type="checkbox"/></p> <p>- Otros <input type="checkbox"/></p> <p>Clase</p> <p>Vehículos inválidos Compra <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/></p>	

3. DATOS DEL PAGO POR TRANSFERENCIA

Banco o caja.....	Domicilio de la Sucursal.....		
Entidad bancaria:	Sucursal:	D.C.:	Número de cuenta/libreta

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: A los efectos señalados en el art. 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (BOE de 14-XII-1999), se advierte de la existencia, bajo responsabilidad de la Mutualidad General Judicial, del fichero automatizado de datos de prestaciones, cuya finalidad y destinatarios se corresponden con la gestión de las mismas. A excepción de los datos para notificación que se señalan como voluntarios los demás son necesarios para resolver su petición, por lo que su cumplimentación es obligatoria.

IMPORTANTE: Las facturas deberán poner todos los requisitos legales; conceptos, precio, fecha, N.I.F., etc.

....., a..... de..... de

EXMO. SR. PRESIDENTE DE LA MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL.- MADRID.-

Nº DE CONTROL -1/2002

INFORME ASESOR MÉDICO (si se estima oportuno)

VISTA la presente solicitud y la documentación aportada, se emite informe
debido a
.....
.....

Madrid, a, de, de

EL ASESOR MÉDICO,

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

Visto el presente expediente, los antecedentes que obran en esta Mutuality y los informes emitidos, así como la normativa aplicable, se acuerda:

La **APROBACION** de la prestación solicitada en cuantía de €
por

La **DENEGACIÓN** de la prestación solicitada por

Madrid, a de de

DIRECTOR DEL SERVICIO DE PRESTACIONES,

RESOLUCIÓN

Fecha de Resolución de la Presidencia.....
Número de Relación