



SOLICITUD DE PRESTACION COMPLEMENTARIA



Nº DE AFILIACIÓN		DATOS DEL TITULAR		NIF
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	TELEFONO	
DOMICILIO		CODIGO POSTAL	LOCALIDAD	
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN				
NOMBRE Y APELLIDOS		NIF	RELACION CON EL TITULAR	

EN TODOS LOS CASOS SE DEBERA ACOMPAÑAR FACTURA ORIGINAL E INFORME MEDICO EN EL QUE SE HAGA CONSTAR LA NECESIDAD DE LA PRESTACIÓN SOLICITADA.

PRESTACIÓN ORTOPROTESICA				
1. MATERIAL ORTOPROTESICO	<input type="checkbox"/> PROTESIS EXTERNAS	<input type="checkbox"/> PROTESIS ESPECIALES	<input type="checkbox"/> ORTESIS	
2. DENTARIAS	<input type="checkbox"/> DENTADURA COMPLETA	<input type="checkbox"/> PIEZAS	<input type="checkbox"/> EMPASTES	<input type="checkbox"/> ORTODONCIA
	<input type="checkbox"/> DENTADURA SUPERIOR O INFERIOR	<input type="checkbox"/> IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS		<input type="checkbox"/> ENDODONCIA
3. OCULARES	<input type="checkbox"/> GAFAS LEJOS / CERCA	<input type="checkbox"/> GAFAS BIFOCALES / PROGRESIVAS	<input type="checkbox"/> LENTILLA DESECHABLE	<input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN DE CRISTAL LEJOS / CERCA
	<input type="checkbox"/> SUSTITUCIÓN DE CRISTAL BIFOCAL / PROGRESIVO	<input type="checkbox"/> SUSTITUCION DE CRISTAL TELELUPA	<input type="checkbox"/> LENTILLA	<input type="checkbox"/> LENTE TERAPEUTICA
4. OTRAS	<input type="checkbox"/> VEHÍCULOS PARA INVALIDOS			
	<input type="checkbox"/>			

DATOS PARA EL PAGO POR TRASFERENCIA												
ENTIDAD BANCARIA	SUCURSAL	D.C.	Nº CUENTA/LIBRETA									

LUGAR FECHA Y FIRMA: