



VNIVERSIDAD
D SALAMANCA

ACCIÓN SOCIAL 2011

AYUDAS PARA PRÓTESIS Y ÓRTESIS GASTOS DENTALES

A efectos de su consideración en las correspondientes convocatorias publicadas por la Universidad de Salamanca en materia de Acción Social y a petición del interesado, **el Facultativo actuante procede a realizar el siguiente INFORME:**

MODELO VI c.

DATOS DEL FACULTATIVO																																			
APELLIDOS Y NOMBRE _____ Nº COLEGIADO _____																																			
DATOS DEL PACIENTE																																			
APELLIDOS Y NOMBRE _____																																			
NIF _____ PARENTESCO CON EL SOLICITANTE (a rellenar por el paciente) _____																																			
PIEZAS Cuentan como tales las prótesis, fundas, coronas de sujeción, reconstrucciones (excepto las provisionales) y endodoncias.	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td> </td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td> </td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8																			
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8																			
IMPORTE _____																																			
EMPASTES Cuentan como tales empastes, amalgamas, obturaciones, incrustaciones, rebajes en prótesis y raspaje de dientes.	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td> </td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td> </td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8																			
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8																			
IMPORTE _____																																			
IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td> </td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td> </td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8																			
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8																			
IMPORTE _____																																			
EXTRACCIONES	<table border="1"> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td> </td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td> </td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr> </table>	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8																			
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8																			
IMPORTE _____																																			
ORTODONCIAS: Necesidad del tratamiento, presupuesto total y, en su caso, el importe total desglosado en períodos anuales. Hágase constar la fecha en que se inicia el tratamiento.																																			
IMPORTE _____	FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO: _____																																		
TRATAMIENTO PERIODONTAL: (raspaje por cuadrantes, curetaje y alisado).																																			
IMPORTE _____	FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO: _____																																		
FÉRULA DE DESCARGA:																																			
IMPORTE _____	FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO: _____																																		
OBSERVACIONES: Si se ha realizado alguna actuación profesional que no tenga un encaje adecuado en alguno de los recuadros anteriores, puede utilizarse este espacio para la explicación de su contenido. Inclúyanse en este apartado la limpieza bucal, dentadura completa y dentadura superior o inferior.																																			
Descripción: _____	IMPORTE: _____																																		
LUGAR, FECHA Y FIRMA																																			
En _____ a ____ de _____ de 20__																																			
FIRMA Y SELLO DEL FACULTATIVO,																																			
LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA AGRADECE AL FACULTATIVO LA EMISIÓN DE ESTE INFORME																																			

ESTE MODELO DEBE IR ACOMPAÑADO DE LA CORRESPONDIENTE DOCUMENTACIÓN Y ADJUNTARSE A LA SOLICITUD GENERAL (INSTRUCCIONES AL DORSO)

INSTRUCCIONES

Con carácter general, la ayuda comprenderá el 50% del gasto correspondiente.

Se abonará por cada titular o beneficiario el porcentaje general, con los límites siguientes:

- a. Dentadura completa: 271 €
- b. Dentadura superior o inferior: 136 €
- c. Piezas: 31 € por cada una, con el máximo de 13 en cada dentadura.
- d. Implantes osteointegrados: 111 € cada uno.
- e. Empastes: 16 €

Las **ortodoncias** se compensarán con el 30% del gasto hasta un máximo de 446 €. Esta ayuda se concederá por un único tratamiento.

El **tratamiento periodontal** se compensará con el 30% del gasto hasta un máximo de 135 euros, cada 2 años.

La **férula de descarga** se compensará con el 30% del gasto hasta un máximo de 135 euros. Esta ayuda se concederá por un único tratamiento.

En relación con la salud dental, se concederá también una ayuda máxima de 42 euros anuales para la **limpieza bucal**.

Documentación:

1. **Factura** correspondiente.
2. **Informe del facultativo** que consiste en este mismo impreso con el detalle de las actuaciones.