



UNIVERSIDAD
DE SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



ACCIÓN SOCIAL 2018

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:

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 Prótesis, Fundas, Coronas, Reconstrucciones (excepto las provisionales), Pulpectomías 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: <input type="text"/>																																			
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: <input type="text"/>																																			
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: <input type="text"/>																																			
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: <input type="text"/>																																			
ORTODONCIAS: Importe total pagado en el año (adjuntar presupuesto total).																																			
IMPORTE: <input type="text"/>	FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO: _____																																		
TRATAMIENTO PERIODONTAL: (raspaje por cuadrantes, curetaje y alisado).																																			
IMPORTE: <input type="text"/>	FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO: _____																																		
FÉRULA DE DESCARGA:																																			
IMPORTE: <input type="text"/>	FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO: _____																																		
Otros: Inclúyanse en este apartado la limpieza bucal, dentadura completa, dentadura superior o inferior.																																			
Descripción: _____	IMPORTE: <input type="text"/>																																		
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 beneficiario, el porcentaje general, con los límites siguientes:

- a. Dentadura completa: **300 euros**.
- b. Dentadura superior o inferior: **150 euros**.
- c. Piezas: **35 euros** por cada una, con el máximo de 13 en cada dentadura.
- d. Implantes osteointegrados: **123 euros** cada uno.
- e. Empastes: **18 euros**.

Las **ortodoncias** se compensarán con el **30%** del gasto hasta un máximo de **491 euros**. Esta ayuda se concederá por un único tratamiento.

El **tratamiento periodontal** se compensará con el **30%** del gasto hasta un máximo de **149 euros**, cada 2 años.

La **férula de descarga** se compensará con el **30%** del gasto hasta un máximo de **149 euros**. Esta ayuda se concederá por un único tratamiento.

En relación con la salud dental, se concederá también una ayuda máxima de **47 euros** anuales para la **limpieza bucal**.

Documentación:

1. **Factura/s** correspondiente/s desde 01/04/2017 a 31/03/2018.
2. **Informe del facultativo** (este impreso).