

## AYUDAS A PRÓTESIS

(PARA TODOS LOS/AS TRABAJADORES/AS MUNICIPALES CON CONVENIO MUNICIPAL)

### ORTOPÉDICAS

- Solo calzado corrector determinadas deformaciones

### DENTARIAS

EUROS

- |  |     |
|--|-----|
| • Dentadura superior o inferior  | 272 |
| • Dentadura completa   | 542 |
| • Piezas, cada una   | 62  |
| • Empastes, cada uno   | 32  |
| • Implantes osteointegrados, compatible con pieza/ dentadura                           | 222 |
| • Ortodoncia<br>(iniciada antes de los 18 años, 30%<br>del presupuesto y un máximo de) | 892 |
| • Endodoncia o Pulpectomia   | 62  |

### OCULARES

- |   |     |
|---|-----|
| • Gafas de lejos o de cerca   | 68  |
| • Gafas bifocales/progresivas   | 122 |
| • Sustitución de cristales, cada uno  | 26  |
| • Sustitución de cristal bifocal/progresivo   | 50  |
| • Lentillas, cada una   | 62  |
| • Lentillas desechables   | 122 |
| • Lente Terapéutica, cada una   | 100 |
| • Ayudas ópticas para baja visión ( Microscopios, Telescopios, Telemicroscopios, Lupas y Filtros) | 360 |
| • Ayudas prismáticas para alteraciones severas de la motilidad ocular                             | 160 |

### OTRAS

- |   |      |
|---|------|
| • Audífonos, cada uno   | 846  |
| • Laringofono   | 2114 |
| • Colchon o colchoneta antiescaras ( con o sin compresor)   | 242  |
| • Bomba externa de infusión continua subcutánea de insulina: <b>Financiación total según procedimiento.</b> |      |

## **AYUDAS A PRÓTESIS**

**Las ayudas afectan a los/as trabajadores/as y a sus hijos/as.**

Una vez dados de alta en la Póliza los trámites, que se realizarán a través de las Oficinas de SALUS, para solicitar las Ayudas correspondientes son los siguientes:

Cubrir la solicitud que se adjunta acompañando:

Fotocopia del informe medico.

Original de la factura.

Entregarlo en SALUS en la Calle Posada Herrera 1 bis 1º  
33002 Oviedo. Teléfono 985 22 24 80

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA**

## DATOS DEL TITULAR

Nº de póliza:

NIF:

Apellidos y Nombre:

Domicilio:

Código Postal:

Localidad:

Teléfono:

E-mail:

## DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN

NIF:

Apellidos y Nombre:

Relación con el titular:

## 1. MATERIAL ORTOPROTÉSICO

Prótesis Externas

Prótesis Especiales

Órtesis

## 2. DENTARIAS

Dentadura Completa

Piezas

Implantes

Ortodoncia

Dentadura Superior o Inferior

Empastes

Implantes Osteointegrados

Endodoncia

## 3. OCULARES

Gafas Lejos / Cerca

Prisma

Sustitución de cristal (Lejos / Cerca)

Gafas Bifocales / Progresivas

Lentilla

Sustitución de cristal (Bifocal / Progresivo)

Gafas Telelupa

Lentilla Desechable

Sustitución de cristal Telelupa

## 4. OTRAS

## DOCUMENTOS NECESARIOS PARA TENER ACCESO A LA PRESTACIÓN

Informe médico en el que se haga constar la necesidad de la prestación

Factura Original

## DATOS PARA EL PAGO POR TRANSFERENCIA

Entidad bancaria

Sucursal

DC

Nº de cuenta

Lugar, Fecha y Firma:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y demás disposiciones vigentes en materia de protección de datos personales, se informa al Tomador / Asegurado de la inclusión de los datos proporcionados en un fichero de datos personales creado con la exclusiva finalidad de prestar la asistencia ortoprotésica. La titularidad y responsabilidad sobre el tratamiento de los ficheros corresponde a Salus Asistencia Sanitaria, S.A. de Seguros, con domicilio social en Posada Herrera, 1 Bis, 1º. 33002 Oviedo, ante el cual podrá ejercitar el interesado los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los datos personales.