



**SOLICITUD DE AYUDA POR INTERVENCION OFTALMOLOGICA MEDIANTE LASER**

**1. DATOS DEL SOLICITANTE**

Expediente nº.....

|                         |               |          |                |                     |  |
|-------------------------|---------------|----------|----------------|---------------------|--|
| Apellidos y nombre      |               |          |                | Nº Afiliación       |  |
| Domicilio               |               |          |                | Localidad           |  |
| Provincia               | Código Postal | Teléfono | N.I.F.         | Fecha de Nacimiento |  |
| Destino                 |               |          | Entidad Médica |                     |  |
| Nombre del beneficiario |               |          |                | Fecha de Nacimiento |  |

**2. AYUDA QUE SOLICITA**

|                             |               |                          |  |
|-----------------------------|---------------|--------------------------|--|
| INTERVENCION QUIRURGICA EN: | OJO DERECHO   | Nº Dioptrías             |  |
|                             | OJO IZQUIERDO | Nº Dioptrías             |  |
| Importe Factura             |               | Fecha de la Intervención |  |

**3. REGULACION:**

Baremo de Ayudas para Prótesis y Otras Prestaciones Sanitarias, aprobado por la Asamblea General de MUGEJU. Intervención quirúrgica mediante láser para la corrección de dioptrías(miopía, hipermetropía y astigmatismo). Ayuda del **50% del coste de la intervención con un máximo de 901,52 €.**, por cada ojo, siempre que el nº de dioptrías fuese 7 o más en cada ojo o que la suma sea igual o superior a 14 dioptrías.

**4. DOCUMENTACION A APORTAR**

|                                                                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Informe médico donde conste patología, nº de dioptrías (antes y después de la operación) y fecha de la intervención |  |
| Factura en la que deberá constar todos los requisitos legales, concepto, precio, fecha, N.I.F., Etc.                |  |

**5. FORMA DE PAGO**

|                   |  |           |  |                         |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|--|-----------|--|-------------------------|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Banco o Caja..... |  |           |  | Domicilio Sucursal..... |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Localidad .....   |  |           |  | Provincia .....         |  |                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Entidad Bancaria: |  | Sucursal: |  | D.C.                    |  | Nºcuenta/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

En ..... a ..... de ..... de 200....  
EL SOLICITANTE,

**EXCMO. SR. PRESIDENTE DE LA MUTUALIDAD GENERAL JUDICIAL.- MADRID.-**

**INFORME DEL ASESOR MEDICO** (Si se estima oportuno). Vista la presente solicitud y la documentación aportada, se emite informe: FAVORABLE/DESFAVORABLE/FAVORABLE PARCIAL, por ser el nº de dioptrías.....en ojo derecho y.....en ojo izquierdo.

Madrid, a .....de.....de .....  
**EL ASESOR MEDICO**

**PROPUESTA DE RESOLUCION:**

- “Vista la presente solicitud, los informes emitidos y la documentación aportada, y en aplicación del Baremo de Ayuda para Prótesis y Otras Prestaciones Sanitarias, aprobado por la Asamblea General de la Mutualidad General Judicial, procede la **concesión** de la ayuda por la intervención quirúrgica oftalmológica mediante láser efectuada a D./D<sup>a</sup>.....en.....en cuantía de.....€.
- **Denegación** de la ayuda interesada por la intervención en ..... por no alcanzar el número de dioptrías exigido en el Baremo.

Madrid, a ..... de .....de .....  
**DIRECTOR DEL SERVICIO**

**RESOLUCION:**

CONFORME con la Propuesta de Resolución, notifíquese y, en su caso, dispóngase el pago sin más trámite.

Madrid, a .....de.....de .....  
**EL PRESIDENTE**

**RECURSO:**