



# BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO

AÑO CCCXLVIII

VIERNES 18 DE ENERO DE 2008

NÚMERO 16

FASCÍCULO TERCERO

## III. Otras disposiciones

### MINISTERIO DE JUSTICIA

**953**

*RESOLUCIÓN de 27 de diciembre de 2007, de la Gerencia de la Mutualidad General Judicial, por la que se modifica parcialmente la Circular n.º 73, en relación con las ayudas económicas para prestaciones dentarias, oftalmológicas y otras prestaciones sanitarias complementarias.*

La Circular n.º 73, de 18 de diciembre 2002, modificada por Acuerdo Asamblea General 12 de noviembre 2004, por la que se actualiza el baremo de ayudas económicas para prótesis y otras prestaciones sanitarias establece las ayudas económicas por Prestaciones dentarias, oftalmológicas y por otras Prestaciones Sanitarias, y sus correspondientes reglas de aplicación.

El Real Decreto 1206/2006, de 20 de octubre, por el que se regulan la composición y funcionamiento de los órganos de gobierno, administración y representación de la Mutualidad General Judicial, determina en artículo 14 b) la competencia del gerente para implantación efectiva del régimen de prestaciones del artículo 12 del texto refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen especial de Seguridad Social del personal al servicio al servicio de la Administración de Justicia, aprobado por Real Decreto 3/2000.

La presente resolución, que se dicta en uso de la mencionada competencia, tiene como finalidad en primer lugar, reordenar el procedimiento de concesión de algunas de esas ayudas, en una disposición diferenciada, así como adecuar las cuantías de algunas de ellas a las que de otros regímenes de funcionarios, y por último actualizar la regulación de los períodos de carencia, reduciéndolos en lo posible y en todo caso suprimiendo la referencia piezonumérica de los mismos, introduciendo criterios de agilidad y eficacia en la gestión de la prestación. Se conserva la actual regulación de la prestación ortoprotésica.



MINISTERIO  
DE LA PRESIDENCIA

Por todo lo anterior, esta Gerencia resuelve:

La regulación de las ayudas económicas para prestaciones dentarias, oftalmológicas y otras prestaciones sanitarias complementarias de la siguiente forma:

## 2. Modelo y lugar de la solicitud.

La solicitud de la prestación se hará cumplimentando el impreso que figura en el anexo a la presente Resolución, como Impreso de: «Solicitud de Ayuda de prestaciones dentarias, oftalmológicas y otras prestaciones sanitarias complementarias».

La solicitud, acompañada de los documentos que en cada caso se requieran, según lo indicado en el punto 3.º, deberá presentarse en los Ser-

vicio Centrales de la Mutualidad General Judicial (c/ Marqués del Duero, 7, 28001 Madrid), o ante la Delegación Provincial correspondiente.

## 3. Documentos que deben acompañar a la solicitud.

Al impreso de solicitud debe acompañarse:

Facturas originales conteniendo todos los requisitos legales para su validez como tal.

Informes médicos justificativos de los requisitos exigidos para cada ayuda.

## 4. Ayudas dentarias.

### 4.1 Cuantía y períodos de carencia:

|  | Importe<br>-<br>Euros   | Carencia            |
|--|---|---------------------|
| Aparato dental completo (superior e inferior) .....  | 721,00  | 3 años.             |
| Aparato dental parcial (superior o inferior) .....   | 361,00  | 3 años.             |
| Piezas dentarias (máximo total de 15) sin control de la situación piezonumérica .....  | 60,00   | 3 años.             |
| Empaste, obturación (excluidos los menores de 15 años, adscritos a entidades médicas privadas) (máximo total de 30). Sin control de la situación piezonumérica ..... | 30,00   | 3 años.             |
| Endodoncia o desvitalización 1 pieza (diente o muela) .....  | 54,00   | Una vez en la vida. |
| Implante osteointegrado (máximo total de 15 piezas) son compatibles con pieza o dentadura. Sin control de la situación piezonumérica .....                           | 150,00  | 3 años.             |
| Ortodoncia .....   | 100 % del importe de la factura con un máximo de 600,00 € (admitiéndose la posibilidad de pagos parciales). | Una vez en la vida. |
| Periodoncia (sólo mutualistas adscritos al INSS) .....   | 100 % del importe de la factura con un máximo de 600,00 € (admitiéndose la posibilidad de pagos parciales). | 2 años.             |
| Tartrectomía (limpieza de boca) sólo mutualistas adscritos al INSS .....   | 18,00   | 1 año.              |

### 4.2 Requisitos y condiciones para su concesión:

Esta ayuda se configura como un reintegro de gastos acreditados según factura, con el límite de la cuantía establecida. En el cuadro anterior.

En ningún caso las ayudas podrán ser superiores al coste abonado por el mutualista.

Las prestaciones odontológicas incluidas en los Conciertos entre la Mutualidad General Judicial y las entidades prestadoras de asistencia sanitaria (Seguridad Social o entidades privadas), no podrán dar lugar a las ayudas establecidas en la presente Resolución. Por lo tanto las actuaciones que se incluyan en el Plan de Salud Buco-Dental del conjunto del Sistema Nacional de Salud serán excluidas del baremo de ayudas económicas por prestaciones dentarias, oftalmológicas y otras prestaciones sanitarias complementarias que concede ésta Mutualidad. Asimismo serán excluidas las prestaciones que queden cubiertas

en el futuro por los conciertos de asistencia sanitaria con las aseguradoras.

Las piezas, fundas y empastes provisionales no serán causa de ayuda económica.

Cuando el facultativo justifique la realización de una endodoncia, deberá especificar si ha efectuado o no empaste. De no indicarse, no se abonará cantidad alguna por éste.

El tratamiento de ortodoncia se concederá por una vez en la vida, existiendo la posibilidad de pagos parciales hasta llegar al máximo legal de 600,00 €.

Para el cómputo de las prestaciones concedidas se tendrá en cuenta la fecha de la correspondiente factura.

## 5. Ayudas oftalmológicas.

### 5.1 Cuantía de las ayudas:

|  | MUGEJU<br>-<br>Euros                                  | Carencia            |
|--|---|---------------------|
| Gafas completas (de lejos o cerca) .....   | 42,00   | 1 año.              |
| Gafas bifocales/multifocales .....   | 84,00   | 1 año.              |
| Cristal (lejos o cerca) .....  | 15,00 c/u   | 1 año (*).          |
| Cristal bifocal/multifocal .....   | 36,00 c/u   | 1 año (*).          |
| Lentilla y/o lentilla desechable (cuatro/año) .....  | 33,00 c/u   | 1 año (*).          |
| Lentes terapéuticas .....  | 62,00 c/u   | 1 año.              |
| Ayudas técnicas baja visión (microscopios, telescopios, lupas, gafas telelupa y filtros) ..... | 180,00  | 1 año.              |
| Ayudas prismáticas alteraciones severas de la motilidad ocular .....                           | 100 % de la factura.                                  | 1 año.              |
| Ayuda económica por cirugía refractiva .....   | 50 % de la factura con un máximo de 600,00 €/por ojo. | Una vez en la vida. |

\* 6 meses por variación en la graduación igual o superior a 1 dioptría.

### 5.2 Requisitos y condiciones para su concesión:

Esta ayuda se configura como un reintegro de gastos acreditados según factura, con el límite de la cuantía establecida en el cuadro anterior. En ningún caso las ayudas podrán ser superiores al coste abonado por el mutualista.

En el caso de las gafas y la sustitución de sus cristales, se podrán conceder por año unas gafas de cerca, unas de lejos y unas bifocales, así como la renovación de sus cristales correspondientes, por beneficiario y año.

En el caso de las lentillas y de las lentillas desechables, solo se concederán como máximo cuatro lentillas por beneficiario y año, aún cuando no se supere el importe máximo financiable. Estas limitaciones no regirán para las lentes terapéuticas.

Las gafas bifocales/multifocales sólo se abonarán como tales cuando se acredite tanto la graduación de cerca como de lejos.

La renovación de cristales (bifocales o multifocales, lejos/cerca y lentillas) puede solicitarse una vez al año o dos veces al año en el caso de variación de la graduación igual o superior a 1 dioptrías.

Se entenderá por Baja Visión aquellas personas que, aún después de tratamiento médico y/o corrección óptica común, tengan una visión de 0,3 (3/10) en el mejor ojo o un campo visual inferior a 10º desde el punto fijación. En el caso de las ayudas ópticas para Baja Visión se requerirá informe de facultativo especialista en Oftalmología que acredite dicha circunstancia, y sólo se concederán un máximo de 180,00 € por año natural y beneficiario. El informe del facultativo sólo se requerirá para la primera solicitud de este tipo de ayudas.

En el caso de las ayudas prismáticas se requerirá informe del facultativo especialista en Oftalmología que acredite la correspondiente alteración de la motilidad ocular, y se concederán el 100% del importe de la factura por año natural y beneficiario. El informe del facultativo sólo se requerirá para la primera solicitud de este tipo de ayudas o cuando se considere necesario por la naturaleza de la alteración.

La intervención oftalmológica por defectos de refracción dará lugar a una ayuda económica cuando el grado de miopía y astigmatismo sea de 7 o más dioptrías en cada ojo, o que la suma de las de ambos ojos sea igual o superior a 14 dioptrías o cuando el grado de hipermetropía y astigmatismo sea de 4,5 o más dioptrías en cada ojo, o que la suma de las de ambos ojos sea igual o superior a 9. Ésta cubre el 50 % del coste de la intervención con un máximo de 600,00 € por cada ojo.

Para el cómputo de las prestaciones concedidas se tendrá en cuenta la fecha de la correspondiente factura.

## 6. Otras prestaciones sanitarias complementarias.

### 6.1 Cuantía de las prestaciones:

|  |  |
|--|--|
| Audífono.  | 423,00 € c/u.  |
| Reparaciones de audífonos.                                 | Máximo 212,00 € c/u.   |
| Colchón o colchoneta antiescaras (con o sin compresor).    | 100% del importe de la factura.<br>(* <sup>o</sup> ) Cuando el gasto supere los 240,00 € será necesario la presentación de 2 presupuestos. |
| Laringófono.   | 100% del importe de la factura.<br>(* <sup>o</sup> ) Cuando el gasto supere los 240,00 € será necesario la presentación de 2 presupuestos. |
| Bomba externa de infusión continua subcutánea de insulina. | 100% del importe de la factura.  |

### 6.2 Requisitos y condiciones para su concesión:

Esta ayuda se configura como un reintegro de gastos acreditados según factura, con el límite de la cuantía establecida en el cuadro anterior. En ningún caso las ayudas podrán ser superiores al coste abonado por el mutualista.

La renovación y reparación de audífonos tendrán un periodo de carencia de 24 meses, contados desde la fecha de adquisición de los mismos, excepto que deban renovarse por variación, acreditada por informe del facultativo correspondiente.

No se abonarán reparaciones en período de garantía.

Para el cómputo de las prestaciones concedidas se tendrá en cuenta la fecha de la correspondiente factura.

### 7. Entrada en vigor.

La presente Resolución será de aplicación a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

8. Disposición transitoria para solicitudes presentadas con anterioridad a la entrada en vigor.

Las solicitudes de las ayudas de gastos presentadas con anterioridad a la entrada en vigor de la presente Resolución, continuarán regulándose por la norma vigente en la fecha de presentación.

### 9. Disposición derogatoria.

Queda derogada parcialmente la circular n.º 73 de la Mutualidad General Judicial, en lo referido a las ayudas económicas por prestaciones dentarias, oftalmológicas y ayudas económicas por prótesis especiales.

Madrid, 27 de diciembre de 2007.-El Gerente de la Mutualidad General Judicial, José Manuel Arocha Armas.

**ANEXO****Solicitud de ayudas para prestaciones dentarias, oftalmológicas y otras prestaciones sanitarias complementarias****1. DATOS DEL SOLICITANTE**

Expediente nº.....

|                                       |                         |                                   |                |                  |
|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|----------------|------------------|
| 1 <sup>er</sup> Apellido              | 2 <sup>o</sup> Apellido | Nombre                            |                | Nº de Afiliación |
| Domicilio a efectos de notificaciones |                         | NIF/ Pasaporte/ Identificación UE |                | Localidad        |
| Código y Provincia                    | Teléfono                | Teléfono móvil                    | Destino        |                  |
| Datos del beneficiario de la ayuda    |                         | NIF del beneficiario              | Entidad Médica |                  |

**2. DATOS DEL PAGO POR TRANSFERENCIA**

|                   |  |           |  |       |  |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|--|-----------|--|-------|--|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Entidad Bancaria: |  | Sucursal: |  | D.C.: |  | Nº cuenta/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.

**3. TIPO DE AYUDA**

| <b>DENTARIAS</b>                                   |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
| <b>DENTADURA COMPLETA</b> <input type="checkbox"/> | <b>PIEZAS DENTARIAS</b> <input type="checkbox"/><br>Fundas, coronas, etc...<br>Excepto las provisionales; máximo 15 en cada dentadura | <b>EMPASTES-OBTURACIÓN</b> <input type="checkbox"/><br>Empastes, amalgamas, obturaciones, etc...; máximo 30 piezas.<br>Están excluidos los menores de 15 años adscritos a Entidades Médicas Privadas. | <b>IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS</b> <input type="checkbox"/><br>Máximo total de 15 piezas) son compatibles con pieza o dentadura<br><br>NÚMERO <input type="checkbox"/>                             | <b>ORTODONCIA</b> <input type="checkbox"/><br>Prestación de pago único que se concederá para un único tratamiento |
| <b>DENTADURA SUPERIOR</b> <input type="checkbox"/> | NÚMERO DE PIEZAS QUE SOLICITA<br><input type="checkbox"/>   | NÚMERO DE EMPASTES QUE SOLICITA<br><input type="checkbox"/>   | <b>ENDODONCIA O DESVITALIZACIÓN</b> <input type="checkbox"/>   | <b>PERIODONCIA</b> <input type="checkbox"/><br>Sólo mutualistas adscritos al INSS                                 |
| <b>DENTADURA INFERIOR</b> <input type="checkbox"/> |   |   | <b>IDENTIFICACIÓN NUMÉRICA DE PIEZA</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <b>TARTRECTOMIA</b> <input type="checkbox"/><br>(Limpieza de boca)<br>Sólo mutualistas adscritos al INSS.         |

| <b>OFTALMOLÓGICAS</b>   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <b>Graduación Ojo izquierdo</b> <input type="text"/>                                      |  | <b>Ojo derecho</b> <input type="text"/>                         |   |  |
| <b>GAFAS</b>  | <b>SUSTITUCIÓN DE CRISTALES</b> <input type="checkbox"/> | <b>LENTILLAS LENTILLAS DESECHABLES</b> <input type="checkbox"/> | <b>AYUDAS TÉCNICAS</b>                    | <b>AYUDAS PRISMÁTICAS</b>  |
| Montura y Cristales <input type="checkbox"/>  | Lejos <input type="checkbox"/>                           |   | Baja visión <input type="checkbox"/>      | Alteraciones severas de la motilidad ocular <input type="checkbox"/> |
| Lejos <input type="checkbox"/>  | Cerca <input type="checkbox"/>                           |   | Microscopios <input type="checkbox"/>     |  |
| Cerca <input type="checkbox"/>  | Bifocales/Multifocales <input type="checkbox"/>          |   | Telescopios <input type="checkbox"/>      |  |
| Bifocales/Multifocales <input type="checkbox"/>   |  |   | Telemicroscopios <input type="checkbox"/> |  |
|   |  |   | Lupas <input type="checkbox"/>            |  |
|   |  |   | Filtros <input type="checkbox"/>          |  |
|   |  |   | Gafas Telelupa <input type="checkbox"/>   |  |
| NÚMERO: <input type="text"/>  | NÚMERO: <input type="text"/>                             | NÚMERO: <input type="text"/>                                    | NÚMERO <input type="text"/>               | NÚMERO: <input type="text"/>   |
| <b>AYUDA ECONÓMICA POR CIRUGÍA REFRACTIVA.</b> <input type="checkbox"/>                   |  | <b>LENTEs TERAPÉUTICAS</b> <input type="checkbox"/>             |   |  |
| <b>OTRAS PRESTACIONES SANITARIAS COMPLEMENTARIAS</b>                                      |  |   |   |  |
| <b>APARATOS DE FONACIÓN</b> <input type="checkbox"/>                                      |  |   |   |  |
| <b>AUDÍFONOS</b> <input type="checkbox"/>   |  |   |   |  |
| <b>AUDÍFONO OÍDO IZQUIERDO</b> <input type="checkbox"/>                                   |  |   |   |  |
| <b>AUDÍFONO OÍDO DERECHO</b> <input type="checkbox"/>                                     |  |   |   |  |
| <b>REPARACIÓN AUDÍFONO IZQUIERDO</b> <input type="checkbox"/>                             |  |   |   |  |
| <b>REPARACIÓN AUDÍFONO DERECHO</b> <input type="checkbox"/>                               |  |   |   |  |
| <b>COLCHÓN O COLCHONETA ANTIESCARAS (CON O SIN COMPRESOR)</b> <input type="checkbox"/>    |  |   |   |  |
| <b>LARINGÓFONO</b> <input type="checkbox"/>   |  |   |   |  |
| <b>BOMBA EXTERNA DE INFUSIÓN CONTINUA SUBCUTÁNEA DE INSULINA</b> <input type="checkbox"/> |  |   |   |  |

### DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

**Dictamen** del especialista.

**Factura original** en la que deberá constar todos los requisitos legales: nº de factura, concepto, precio, fecha, N.I.F, IVA, sello y firma

**Presupuesto** cuando se solicite ayuda económica para Ortodoncia y cuando se solicite ayuda económica para prestaciones sanitarias complementarias, si el importe es superior a 240 €, debiendo ser emitido por empresas ortopédicas

**Graduación anterior y posterior a la intervención quirúrgica** cuando se solicite ayuda económica por cirugía refractiva.

**IMPORTANTE:**

Deben cumplimentarse todos los campos que constan en el apartado de la ayuda solicitada.

### DECLARO expresamente:

- Que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.
- Que no he formulado solicitud ni recibido ayuda por los mismos hechos de ninguna Entidad u Organismo Público.
- Que recibo o voy a recibir ayuda económica de otra Entidad o Organismo en cuantía de.....€  
A cumplimentar si la prestación solicitada **NO es para el titular afiliado:**
- Que su beneficiario D. ...., para el cual se solicita la prestación referida en este impreso, cumple los siguientes requisitos:
  - a) Convive con el titular del derecho y a sus expensas.
  - b) No realiza trabajo remunerado alguno ni percibe renta patrimonial ni pensión superior al doble del salario mínimo interprofesional.
  - c) No tiene derecho, por título distinto, a recibir Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en cualquiera de sus Regímenes.

Y para que conste, firma la presente declaración, quedando advertido de que la falsedad en los datos que declara se reputará infracción sancionable de conformidad con el Reglamento de la Mutualidad (Real Decreto 3283/1978, de 3 de noviembre) y de que otorga consentimiento a la Mutualidad General Judicial para comprobar los anteriores datos ante la Agencia Estatal de Administración Tributaria y la Tesorería General de la Seguridad Social (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre).

En....., a..... de..... de 2.....  
EL SOLICITANTE,