



**ib-salut**

servei de salut  
de les Illes Balears  
CIF: Q0719003F

**INSTRUCCIÓ Ib-salut / Secretaria General / RR.HH**

**Núm.: 07/2006**

**Títol: INSTRUCCIONS TRAMITACIÓ AJUDES MÈDIQUES**

**Subdirecció: RELACIONS LABORALS**

**Versió: 01**

**Data aprovació: 18/04/2006**

**Objecte:**

**Destinatari:**

- Centres propis
- Fundacions
- X Tot Ib-salut

**INSTRUCCIONES PARA LA TRAMITACIÓN DE LAS AYUDAS POR GASTO SANITARIO DERIVADAS DEL ACUERDO DE ACCIÓN SOCIAL DEL PERSONAL ESTATUTARIO DEL SERVEI DE SALUT DE LES ILLES BALEARS DICTADAS POR LA SUBDIRECCIÓN DE RELACIONES LABORALES.**

**1. Las solicitudes de ayudas por gasto sanitario derivadas del Acuerdo de Acción Social de fecha 21 de diciembre de 2004 ( BOIB n 083 de fecha 31 de mayo de 2005) se presentarán dentro del plazo acordado por la Comisión de Acción Social, en los registros de Servei de Salut o cualquier otro registro de conformidad con lo establecido en la ley 30/1992 de 26 de noviembre.**

**2. Los Servicios de Personal de cada Gerencia serán los encargados del examen de las solicitudes, documentación requerida y tramitación administrativa de las mismas. Si lo estimaran necesario solicitarán la aportación de documentación equivalente a la establecida para la tramitación de la ayuda.**

**3. La Comisión de Acción Social en reunión ordinaria de fecha 24 de febrero de 2006, aprueba las cantidades que se otorgaran para las ayudas por gasto sanitario, en las modalidades siguientes : - Prótesis Dentarias.**

- Oculares.
- Auditiva/ Fonación.
- Prótesis Ortopédicas.
- Intervención Quirúrgica.
- Enfermedad Crónica.
- Otros.

**( Adjunta tabla con las cantidades aprobadas para las ayudas por gasto sanitario).**

**4. Las solicitudes de las modalidades de: Intervención Quirúrgica, Enfermedad Crónica y Otros, fueron remitidas por los Servicios de Personal de cada Gerencia para su estudio individualizado por parte de la Comisión.**

**5. Una vez analizadas las solicitudes de las modalidades por Intervención Quirúrgica, Enfermedad Crónica y Otros, por parte de la Comisión, se establece relación nominal de concesión y denegación de las solicitudes. ( adjunta relación nominal de solicitudes por Intervención Quirúrgica, Enfermedad Crónica y Otros).**

**6. Una vez examinadas las solicitudes y documentación aportada, los Servicios de Personal remitirán a la Comisión de Acción Social relación de solicitudes tramitadas, incluyéndose las solicitudes por Intervención Quirúrgica, Enfermedad Crónica y Otros analizados por la Comisión.**

**Dicha relación será remitida en papel y soporte informático, conforme al modelo NP-X, ( adjunta modelo) indicando la**

**modalidad solicitada y la cantidad a conceder, de acuerdo con la tabla de cantidades aprobadas para las ayudas de gasto sanitario aprobado por la Comisión de Acción Social.**

**Dicha resolución se someterá a la firma del Gerente del centro al que se encuentre adscrito el solicitante, tras la ratificación se abonará en la nómina del mes siguiente a la de su concesión.**

**7. La denegación de la ayuda solicitada será notificado a los interesados, una vez haya sido ratificada la propuesta de la Comisión de Acción Social por parte de las gerencias.**

**Dicha comunicación se ajustará al modelo D-I descrito en el Anexo II de la Guía Administrativa.**

**8. Si el solicitante estimara no ajustada a derecho la denegación de la ayuda solicitada podrá interponer reclamación ante la Comisión de Acción Social mediante el modelo R-I descrito en el Anexo II de la Guía Administrativa, dicha reclamación será tramitada conforme al apartado 12 recogido en las instrucciones.**

**Palma 18 de abril de 2006**  
**Subdirector de Relaciones Laborales**



**Juan Miguel Martín García**

**CANTIDADES APROBADAS PARA LAS AYUDAS MEDICAS 2005**

		TOTALS	CANT. MAXIMA
<b>PROTESIS DENTARIAS</b>		<b>442</b>	
DENTADURA SUPERIOR O INFERIOR		2	172,00 €
DENTADURA COMPLETA		4	340,00 €
PIEZAS/FUNDAS/ENDODONCIAS/CORONAS		85	70,00 €
OBTURACIONES/EMPASTES/		115	30,00 €
IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS		33	80,00 €
LIMPIEZA BUCAL ( PROFILAXIS LIMPIEZA DENTAL O TARTRECTOMIA)		74	30,00 €
ORTODONCIA		129	300,00 €
PERIODONCIA		15	40,00 €
<b>OCULARES</b>		<b>430</b>	<b>CANT. MAXIMA</b>
GAFAS DE LEJOS O CERCA (montura + 2 cristales)		277	60,00 €
GAFAS BIFOCALES/PROGRESIVAS (montura + 2 cristales)		82	80,00 €
SUBSTITUCION CRISTALES (2 cristales)		21	30,00 €
SUBSTITUCION CRISTALES BIFOCAL/ PROGRESIVOS (2 cristales)		4	40,00 €
LENTILLA (2 unidades)		27	50,00 €
LENTILLA DESECHABLE		18	70,00 €
SUBSTITUCION DE CRISTALES TELELUPA		0	50,00 €
GAFAS TELELUPA (montura + 2 cristales)		0	150,00 €
PRISMAS		0	40,00 €
LENTE TERAPEUTICA		0	60,00 €
MONTURAS		0	30,00 €
<b>AUDITIVA/ FONACION</b>		<b>6</b>	<b>CANT. MAXIMA</b>
AUDIFONO		6	370,00 €
LARINGOFONO		0	901,52 €
<b>PROTESIS ORTOPÉDICAS</b>		<b>21</b>	<b>CANT. MAXIMA</b>
CALZADO ORTOPEDICO		7	40,00 €
PLANTILLAS ORTOPEDICAS NO ADAPTADAS AL CALZADO		10	40,00 €
SILLA DE RUEDAS		1	300,00 €
ORTESIS (fajas, rodilleras, muletas, ferulas, collarín, etc.)		0	

<b>INTERVENCIÓN QUIRURGICA</b>		<b>12</b>	<b>CANT. MAXIMA</b>
CIRUGIA MIOPIA LASER			800,00 €
CIRUGIA PERIODONTAL			800,00 €
<b>ENFERMEDAD CRONICA</b>		<b>5</b>	<b>CANT. MAXIMA</b>
ENFERMEDAD CELIACA			800,00 €
PROCESO NEURODEGENERATIVO			800,00 €
<b>OTROS</b>		<b>7</b>	<b>CANT. MAXIMA</b>
VACUNA NEUPOCOCO			100,00 €
TRATAMIENTO TFAH			800,00 €
PSORIASIS			100,00 €
NATACION CORRECTIVA COLUMNA			100,00 €
VACUNACION PREMATERNIDAD			100,00 €
			50% DE LA FACTURAS APORTADAS
			50% DE LA FACTURAS APORTADAS
			50% DE LA FACTURAS APORTADAS
			50% DE LA FACTURAS APORTADAS
			50% DE LA FACTURAS APORTADAS
			50% DE LA FACTURAS APORTADAS

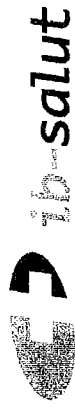
\*LAS AYUDAS PARA LAS MODALIDADES DE INTERVENCIÓN QUIRURGICA, ENFERMEDAD CRONICA U OTROS SUPONDRÁN EL 50% DE LAS FACTURAS PRESENTADAS, SIN SUPERAR LA CANTIDAD MÁXIMA ESTABLECIDA PARA CADA AYUDA

RELACION NOMINAL DE CONCESION Y DENEGACION POR LA COMISION DE ACCION SOCIAL DE LAS SOLICITUDES POR GASTO SANITARIO PARA LAS MODALIDADES DE:

ENFERMEDAD CRONICA / INTERVENCIÓN QUIRURGICA U OTROS

1.PROPUUESTA DENEGACIÓN

<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>	<b>GERENCIA</b>	<b>TIPO AYUDA</b>	<b>MOTIVO DENEGACIÓN</b>
ANTONIA ROTGER TOUS	061 BALEARES	PLANTILLES ORTOPEDIQUES	POR ESTAR CUBIERTA POR LA SEGURIDAD SOCIAL
FRANCISCO COMPANY NICOLAU	HOSPITAL MANACOR	TRATAMIENTO FISIOTERAPIA	POR FALTA DE DOCUMENTACIÓN
SOLEDAD RIBAS LOPEZ	A.S. EIVISSA	CIRUGIA LUMBAR MINUSVALIA IDET	POR ESTAR CUBIERTA POR LA SEGURIDAD SOCIAL
ANGELA PALERMO MENDOZA	A.S.EIVISSA	TRATAMIENTO PSICOLOGICO	POR ESTAR CUBIERTA POR LA SEGURIDAD SOCIAL
RIUTORT LLITERAS TOÑI	HOSPITAL SON LLATZER	INTERVENCIÓN RETINOPATIA DIABETICA PROLIFERATIVA	POR ESTAR INCLUIDA POR LA SEGURIDAD SOCIAL.
SASTRE PERELLO, FRANCISCA	HOSPITAL SON LLATZER	LENTE INTRAOCULAR	POR ESTAR CUBIERTA POR LA SEGURIDAD SOCIAL
VANRELL MARTINEZ, MARIA	HOSPITAL SON LLATZER	TRATAMIENTO REHABILITACIÓN	POR ESTAR CUBIERTA POR LA SEGURIDAD SOCIAL
ANDANI CASTRO, ANTONIA	ATENCIÓN PRIMARIA	AJUSTES VERTEBRALES	POR FALTA DE DOCUMENTACIÓN ( PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA)
AMEGUAL CALAFELL, MARIA	HOSPITAL SON LLATZER	TRATAMIENTO ACNE	POR ESTAR CUBIERTA POR LA SEGURIDAD SOCIAL
BARCELO MOREY, B MARIA	ATENCIÓN PRIMARIA MALLORCA	ECLEMA ATOPICO	POR ESTAR CUBIERTA POR LA SEGURIDAD SOCIAL
GINARD BARCELO, SALVADOR	ATENCIÓN PRIMARIA	LOGOPEDA	POR FALTA DE DOCUMENTACIÓN



III servei de salut  
de les Illes Balears

<b>BORRAS ARAGONES, JAIME</b>	ATENCIÓN PRIMARIA	<b>MEDICAMENTO HIPERACTIVIDAD</b>	POR ESTAR CUBIERTA POR LA SEGURIDAD SOCIAL
<b>SPINOLA LOPEZ, MARIA ANGUSTIAS</b>	ATENCIÓN PRIMARIA	<b>TRATAMIENTO HOMEOPATICO</b>	POR NO AJUSTARSE AL MODELO DE ACCIÓN SOCIAL
<b>CAMPANER VIDAL, JUAN</b>	ATENCIÓN PRIMARIA	<b>TRASPLANTE HEPATICO</b>	POR ESTAR CUBIERTA POR LA SEGURIDAD SOCIAL
<b>BOYERAS RIUTORT, JUANA</b>	HOSPITAL SON DURETA	<b>RADIOGRAFIA POR ORTODONCIA</b>	ESTA AYUDA SE DEBE INCLUIR DENTRO DE LAS AYUDAS DENTARIAS
<b>SITJAR LLITERAS, MARGA</b>	HOSPITAL SON DURETA	<b>ZUECOS</b>	POR FALTA DE DOCUMENTACIÓN, Y NO SE R OBJETO DE LA ACCIÓN SOCIAL
<b>DIEGO RODRIGUEZ, INES</b>	HOSPITAL SON DURETA	<b>PLANTILLAS ORTOPEDICAS</b>	ESTA AYUDA SE DEBE INCLUIR DENTRO DE LA MODALIDAD PROTESIS DENTARIAS
<b>MENDEZ POBLADOR, ROMAN</b>	HOSPITAL SON DURETA	<b>ORTODONCIA</b>	ESTA AYUDA SE DEBE INCLUIR DENTRO DE LA MODALIDAD PROTESIS DENTARIAS
<b>DEL RIO ARCOZ, ROSA</b>	HOSPITAL SON DURETA	<b>PLANTILLAS SEMIRIGIDAS</b>	ESTA AYUDA SE DEBE INCLUIR EN LA MODALIDAD PROTESIS ORTOPEDICAS
<b>BENNASAR MARTI, ANTONIA</b>	HOSPITAL SON DURETA	<b>PROTESIS MAMARIA</b>	POR ESTAR CUBIERTA POR LA SEGURIDAD SOCIAL
<b>FRONTERA PONS CATALINA</b>	HOSPITAL SON DURETA	<b>PLANTILLAS</b>	ESTA AYUDA SE DEBE INCLUIR EN LA MODALIDAD PROTESIS ORTOPEDICAS
<b>GARAU TUGORES, ANTONIA</b>	HOSPITAL SON DURETA	<b>DENSITOMETRIA</b>	POR ESTAR CUBIERTO POR LA SEGURIDAD SOCIAL
<b>CLAR CAPÓ, COLOMO</b>	HOSPITAL SON DURETA	<b>ALERGOLOGIA</b>	POR ESTAR CUBIERTO POR LA SEGURIDAD SOCIAL
<b>GAVALA ARBONA, JUAN MANUEL</b>	HOSPITAL SON DURETA	<b>DIABETES</b>	POR ESTAR CUBIERTO POR LA SEGURIDAD SOCIAL
<b>BENITO RODRIGALVAREZ, PEDRO JOSE</b>	HOSPITAL SON DURETA	<b>MEDICAMENTO TRASPLANTE RENAL</b>	POR ESTAR CUBIERTO POR LA SEGURIDAD SOCIAL
<b>SOBERATS RAMON, FERNANDA</b>	HOSPITAL SON DURETA	<b>INTERVENCIÓN ASTIGMATISMO</b>	POR ESTAR CUBIERTO POR LA SEGURIDAD SOCIAL
<b>MORENO GUTIERREZ MARIA CARMEN</b>	HOSPITAL SON DURETA	<b>TRATAMIENTO OSTEOPOROSIS</b>	POR ESTAR CUBIERTO POR LA SEGURIDAD SOCIAL



**ib-salut**

III servei de salut  
de les Illes Balears

<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>	<b>GERENCIA</b>	<b>TIPO AYUDA</b>	<b>MOTIVO DENEGACIÓN</b>
FIOL ISERN, CATALINA *	HOSPITAL MANACOR	CIRUGIA MIOPIA LASER	POR FALTA DE DOCUMENTACIÓN ( PRESCRIPCIÓN FACULATITVA)
CARMEN LIGERO JIMENEZ *	HOSPITAL MANACOR	HEMORROIDECTOMIA LASER	POR ESTAR CUBIERTO POR LA SEGURIDAD SOCIAL
MARGARITA MARIA SALVA SIMONET *	HOSPITAL MANACOR	VACUNA ANTIALERGICA	POR ESTAR CUBIERTO POR LA SEGURIDAD SOCIAL
BALLE RAMIS, MARIA JOSE *	ATENCIÓN PRIMARIA	DISCOPATIA DEGENERATIVA- TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO	POR ESTAR CUBIERTO POR LA SEGURIDAD SOCIAL
FERRER JUAN, ANTONIA *	HOSPITAL SON DURETA	BANDING	POR ESTAR CUBIERTO POR LA SEGURIDAD SOCIAL
COLLAZO LANDESA, BEATRIZ *	HOSPITAL SON DURETA	CIRUGIA LASER	POR FALTA DE DOCUMENTACIÓN ( PRESCRIPCIÓN FACULATITVA)
RAMIREZ ADAMUZ, MANUEL *	HOSPITAL SON LLATZER	CIRUGIA LASER	POR FALTA DE DOCUMENTACIÓN ( PRESCRIPCIÓN FACULATITVA)
PARDOS MARTINEZ, MERCEDES *	HOSPITAL SON LLATZER	CIRUGIA LASER MIOPIA	POR FALTA DE DOCUMENTACIÓN ( PRESCRIPCIÓN FACULATITVA)
GARCIA VAZQUEZ, MARIA PILAR *	HOSPITAL SON DURETA	CIRUGIA LASER MIOPIA	POR FALTA DE DOCUMENTACIÓN ( PRESCRIPCIÓN FACULATITVA)



ib salut

III servei de salut  
de les Illes Balears

## 2. PROPUESTA CONCESIÓN

<b>NOMBRE Y APELLIDOS</b>	<b>GERENCIA</b>	<b>TIPO AYUDA</b>
VIDAL LLADO, JUANA MARIA	HOSPITAL MANACOR	VACUNA NEUPOCOCO
TORA FLORIA, JORDI	A.S. EIVISSA	TRATAMIENTO TFAH
TORRECILLA MOZO, JOSE ENRIQUE	HOSPITAL SON LLATZER	CIRUGIA OCULAR LASER
BUSTINS PONS, FRANCISCA	HOSPITAL SON LLATZER	ENFERMEDAD CELIACA
RIOS JULIA, ALBERT	HOSPITAL SON LLATZER	CIRUGIA LASER MIOPIA
BARCELO MOREY, MARIA	ATENCIÓN PRIMARIA MALLORCA	PSORIASIS
VILLALONGA BERGAS, MARGARITA	ATENCIÓN PRIMARIA MALLORCA	ENFERMETAT CELIACA
IBAÑEZ MONSE LEONOR	HOSPITAL SON DURETA	NATACIÓN CORRECTIVA COLUMNA
SAN DEOGRACIAS CECILIA, MERCEDES	HOSPITAL SON DURETA	CIRUGIA LASER
MAS GUAL, JUANA	HOSPITAL SON DURETA	PROCESO NEURODEGENERATIVO
BELTRAN MORENO, MANUEL	HOSPITAL SON DURETA	CIRUGIA PERIODONTAL
GAVALA ARBONA, JUAN MANUEL	HOSPITAL SON DURETA	CIRUGIA LASER MIOPIA
MATEU BUJOSA, MARGARITA	HOSPITAL SON DURETA	ENFERMETAT CELIACA
JIMENEZ JARAMA, VANESSA	HOSPITAL SON LLATZER	MIOPIA LASER
MORA SALVA MARGARITA	HOSPITAL SON DURETA	VACUNACION PREMATERNIDAD



**A) PROPUESTA DE CONCESION**

SOLICITANTE		BENEFICIARIO		DOCUMENTACION REQUERIDA		MODALIDAD			
APELLIDOS1	APELLIDO2	NOMBRE	APELLIDO1	APELLIDO2	NOMBRE	LIAM	FACT	INFERMEDI	IRPE

**B) PROPUESTA DE DENEGACION**

SOLICITANTE		BENEFICIARIO		MOTIVO DE DENEGACION				
APELLIDOS1	APELLIDO2	NOMBRE	APELLIDO1	APELLIDO2	NOMBRE	NO DOCUM	NO REQUIS	OTROS

**PROPUESTA DE LA COMISION DE ACCION SOCIAL**

Vistas las solicitudes de AYUDA MEDICA La Comision de Acción Social en su reunión ordinaria de fecha ..... Acordo  
 PROPUESTA DE CONCESION DE LAS AYUDAS SOLICITADAS y que figuran en el apartado A) de la presente,

Presidente

Secretario

Sr. Gerente de

0

**PROPUESTA DE LA COMISION DE ACCION SOCIAL**

Vistas las solicitudes de AYUDA MEDICA La Comisión de Acción Social en su reunión ordinaria de fecha ..... Acordo  
PROPUESTA DE DENEGACION DE LAS AYUDAS SOLICITADAS y que figuran en el apartado B) de la presente,

Presidente

Secretario

Sr. Gerente de 0

**RESOLUCION DEL GERENTE 0**

Vista la Propuesta de la Comisión de Acción Social ACUERDA: APROBAR las ayudas de acción social relacionadas en el apartado A) de la presente Resolución,

Vista la Propuesta de la Comisión de Acción Social ACUERDA: DENEGAR las ayudas de acción social relacionadas en el apartado B) de la presente Resolución,

Fdo: El Gerente

0

**SERVICIO DE PERSONAL**

Con fecha ..... fecha ..... se incluyen en la nomina correspondiente mes .....  
las ayudas concedidas y que figuran en el apartado A) de la presente

Con fecha ..... fecha ..... se notifica a los solicitantes la denegación de las ayudas solicitadas,  
según relación B) de la presente resolución

Servicio de Personal de  
Responsable,

**\*MODALIDAD AYUDA** ( INCLUIR EN EL MODELO LA CODIFICACIÓN CORRESPONDIENTE A LA MODALIDAD SOLICITADA)

DENT PROTESIS DENTARIAS  
OCU OCULAR  
AUD AUDITIVA FONACIÓN  
INTERV INTERVENCIÓN QUIRURGICA  
ORT PROTESIS ORTOPEDICAS  
ENFR ENFERMEDADES CRONICAS  
OTROS OTROS

**DOCUMENTACIÓN REQUERIE** ( MARCAR CON X LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA)

L.FAM\* FOTOCOPIA COMPULSADA LIBOR DE FAMILIA O DOCUMENTO ACREDITATIVO DEL GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD  
FACT FACTURA QUE ACREDITE GASTO REALIZADO.  
INFRM. MED INFORME MEDICO QUE JUSTIFIQUE LA NECESIDAD  
IRPF\*\* EN CASO DE SOLICITAR AYUDA POR HIJO MAYOR DE 16 AÑOS O CONYUGE DECLARACIÓN DE IRPF, EN CASO DE NO ESTAR OBLIGADO SERÁ S

\* SOLO SE DEBERÁ PRESENTAR ESTA DOCUMENTACIÓN EN CASO DE AYUDA POR CONYUGE O HIJOS  
\*\* SOLO SE DEBERA PRESENTAR ESTA DOCUMENTACIÓN EN CASO DE SOLICITAR AYUDA PARA CONYUGE O HIJO MAYOR DE 16 AÑOS.

**MOTIVO DENEGACION \*\*\***( MARCAR CON X EL MOTIVO DE DENEGACIÓN)

NO DOCUM NO ACREDITA DOCUMENTACIÓN  
NO REQUISI NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS  
OTROS OTRO MOTIVO NO ESPECIFICADO