

I. Disposiciones generales

Consejería de Sanidad

1479 *ORDEN de 29 de enero de 2010, por la que se aprueban los modelos normalizados de solicitudes de compensación por alojamiento, manutención y desplazamiento en transporte no concertado de pacientes del Servicio Canario de la Salud y sus acompañantes.*

Mediante Decreto 173/2009, de 29 de diciembre, por el que se regulan las compensaciones por alojamiento, manutención y desplazamiento en transporte no concertado de pacientes del Servicio Canario de la Salud.

De conformidad con lo dispuesto en los artículos 11 y 15 del citado Decreto el reembolso y abono anticipado respectivamente se tramitarán mediante solicitud del interesado. Así mismo se establece en la Disposición Final Primera del citado Decreto que la Consejería competente en materia de sanidad mediante orden aprobará los modelos normalizados de dichas solicitudes.

En su virtud,

DISPONGO:

Artículo 1.- Aprobación del modelo de solicitud para reembolso de gastos.

Se aprueba el modelo de solicitud de compensación por alojamiento, manutención y desplazamiento en transporte no concertado, reembolso de gastos, en los términos previstos en el anexo I.

Artículo 2.- Aprobación del modelo de solicitud para abono anticipado.

Se aprueba el modelo de solicitud de compensación por alojamiento y manutención, abono anticipado, en los términos previstos en el anexo II.

DISPOSICIÓN FINAL ÚNICA

La presente disposición entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de Canarias.

Las Palmas de Gran Canaria, a 29 de enero de 2010.

LA CONSEJERA
DE SANIDAD,
María Mercedes Roldós Caballero.



ANEXO I

SOLICITUD DE COMPENSACIÓN POR ALOJAMIENTO, MANUTENCIÓN Y DESPLAZAMIENTO EN TRANSPORTE NO CONCERTADO**REEMBOLSO DE GASTOS****DATOS PERSONALES DEL TITULAR DE LA ASISTENCIA (PACIENTE)**

APELLIDOSNOMBRE

Nº TARJETA SANITARIA/..... N.I.F. TLF

DATOS DE LOS PADRES O TUTORES LEGALES (sólo cumplimentar en el caso de que el paciente sea menor de edad o incapaz)

APELLIDOS.....NOMBRE.....

.....

Nº TARJETA SANITARIA/..... N.I.F. TLF.....

PARENTESCO CON EL SOLICITANTE

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

APELLIDOS.....NOMBRE.....

N.I.F.....

DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN

DOMICILIO DE NOTIFICACIÓN (Avenida, Calle o Plaza):

CP.....LOCALIDAD.....ISLA.....

CORREO ELECTRÓNICO.....FAX.....TELÉFONO.....

DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD (MARCAR CON UNA X DONDE PROCEDA)

COMPENSACIÓN POR DESPLAZAMIENTO
COMPENSACIÓN POR ALOJAMIENTO Y MANUTENCIÓN:
PACIENTE
ACOMPAÑANTE

Cuantía solicitada: _____

Periodo por el que se solicita (dd/mm/aaaa):/.....

**DOCUMENTACIÓN A APORTAR (artículo 11.1 del Decreto 173/2009 de 29 de diciembre. BOC 8.01.2010)**

- Fotocopia tarjeta sanitaria del paciente o en su defecto documento acreditativo del derecho del paciente a la asistencia sanitaria pública
- Justificante del centro sanitario donde haya sido atendido el paciente, en el que se haga constar su fecha de ingreso y alta, fechas en las que ha recibido asistencia obligatoria, o fecha en la que el paciente ha acudido a consulta.
- Documento de alta a terceros cuando se solicite por primera vez el reembolso, en el que se incluirán los datos del beneficiario
- Justificantes originales que acrediten la realización de los gastos, su importe y la identidad del beneficiario. Se incluyen aquí las facturas originales de los establecimientos en los que se hayan hospedado los beneficiarios y los billetes utilizados para el desplazamiento.
- La facturas originales del medio de transporte utilizado deberán indicar el trayecto realizado, su fecha y el importe, no pudiéndose abonar si careciesen de alguno de estos requisitos

Las Palmas de Gran Canaria a de de 20.....

Fdo.-

DIRECCIÓN DE AREA DE SALUD DE _____

PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con lo dispuesto en la Ley 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal se informa que los datos obtenidos mediante la cumplimentación de este impreso y demás documentos que se adjuntan serán incorporados en el correspondiente fichero. Se le informa así mismo, que la recogida y tramitación de dichos datos tiene como finalidad la gestión de la compensación solicitada. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito al Área de Salud que la tramita.



ANEXO II

**SOLICITUD DE COMPENSACIÓN POR ALOJAMIENTO Y MANUTENCIÓN
ABONO ANTICIPADO****DATOS PERSONALES DEL TITULAR DE LA ASISTENCIA (PACIENTE)**

APELLIDOS..... NOMBRE

Nº TARJETA SANITARIA/..... N.I.F. TLF

DOMICILIO Nº PISO CP

LOCALIDAD ISLA

DATOS DE LOS PADRES O TUTORES LEGALES (sólo cumplimentar en el caso de que el paciente sea menor de edad o incapaz)

APELLIDOS NOMBRE

PARENTESCO CON EL SOLICITANTE N.I.F.

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

APELLIDOS.....NOMBRE.....

N.I.F.....

DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN

DOMICILIO DE NOTIFICACIÓN (Avenida, Calle o Plaza).....

CP.....LOCALIDADISLA.....CORREO ELECTRÓNICO.....

FAX.....TELÉFONO.....

DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD (MARCAR CON UNA X DONDE PROCEDA)

PACIENTE
ACOMPAÑANTE

Periodo por el que se solicita (dd/mm/aaaa):/.....



DOCUMENTACIÓN A APORTAR (Art. 15 Decreto 173/2009 de 29 de diciembre, por el que se regulan las compensaciones por alojamiento, manutención, y desplazamiento en transporte no concertado de pacientes del Servicio Canario de la Salud y sus acompañantes. BOC 8.01.2010)

- Fotocopia tarjeta sanitaria o en su defecto documento acreditativo del derecho del paciente a la asistencia sanitaria
- Fotocopia de la declaración del IRPF de los miembros de la unidad familiar o certificación de la Agencia Tributaria de que no tributan.
- Informe del centro sanitario de origen o de destino comprensivo del tiempo previsible de estancia.
- Documento de alta a terceros cuando se solicite por primera vez el reembolso, en el que se incluirán los datos bancarios del titular del derecho a la asistencia sanitaria

La solicitud habrá de presentarse con anterioridad al comienzo de la asistencia

Las Palmas de Gran Canaria a de de

Fdo.-¹

DIRECCIÓN DE AREA DE SALUD DE _____

PROTECCIÓN DE DATOS

De conformidad con lo dispuesto en la Ley 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal se informa que los datos obtenidos mediante la cumplimentación de este impreso y demás documentos que se adjuntan serán incorporados en el correspondiente fichero. Se le informa así mismo, que la recogida y tramitación de dichos datos tiene como finalidad la gestión de la compensación solicitada. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito al Área de Salud que la tramita