



Servicio Canario de la Salud
DIRECCIÓN DE ÁREA DE SALUD
LA GOMERA

canarias
OBJETIVO de PROGRESO



Unión Europea

Fondo Europeo de
Desarrollo Regional



Gobierno
de Canarias

SOLICITUD DE BONO DE TRASLADO

DATOS PERSONALES DEL TITULAR DE LA ASISTENCIA (PACIENTE)	
APELLIDOS.....	NOMBRE.....
TARJETA SANITARIA, DNI O NIE.....	TLF.....
DATOS DEL ACOMPAÑANTE (SI PROCEDE POR PRESCRIPCIÓN FACULTATIVA)	
RESIDENTE COMUNITARIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE.....	APELLIDOS.....
DNI.....	EDAD:.....
MOTIVO DEL TRASLADO:	
<input type="checkbox"/> CONSULTA <input type="checkbox"/> PRUEBA <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> INGRESO	
HOSPITAL DE DESTINO.....	ESPECIALIDAD
FECHA DE CITA.....	HORA..... APORTA NOTA DE CITA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
FECHA DE LA ÚLTIMA CONSULTA.....	APORTA JUSTIFICANTE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
BONO TRASLADO CON SALIDA DESDE VALLE GRAN REY O PLAYA DE SANTIAGO	
FRED OLSEN:	NAVIERA ARMAS:
VGR - CRT <input type="checkbox"/>	VGR - CRT: <input type="checkbox"/>
P. SANTIAGO - CRT <input type="checkbox"/>	
BONO TRASLADO CON SALIDA DESDE SAN SEBASTIAN DE LA GOMERA	
<input type="checkbox"/> LINEA FRED OLSEN	<input type="checkbox"/> NAVIERA ARMAS
BONOS TRASLADO TRANSPORTE AÉREO:	
<input type="checkbox"/> BINTER CANARIAS (PREVIO INFORME ESPECIALISTA)	
AGENCIAS VIAJE:	
<input type="checkbox"/> VIAJES INSULAR	<input type="checkbox"/> VIAJES TREVISSO

SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS POR DESPLAZAMIENTO:

Documentación a aportar (art.11,1 Decreto 173/2009 de diciembre BOC (8/01/2010):

- Fotocopia del DNI y tarjeta sanitaria o, en su defecto, documento acreditativo del derecho del paciente a la asistencia sanitaria, cuando se solicite traslado para una especialidad por primera vez.
- Justificante del centro sanitario donde haya sido atendido el paciente por última vez, en el que se haga constar su fecha de ingreso y de alta, o fecha en la que el paciente ha acudido a consulta/prueba/tratamiento, cuando se solicite traslado para una especialidad en visitas sucesivas.
- Documento de alta a terceros cuando se solicite por primera vez el reembolso, donde se incluirán los datos del beneficiario.
- Justificantes originales que acrediten la realización de gastos, su importe y la identidad del beneficiario. Se incluyen aquí las facturas originales de establecimientos donde se hayan hospedado los beneficiarios y billetes utilizados para el desplazamiento.
- Las 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 los requisitos.

El plazo máximo para presentar la solicitud de reembolso será de TRES MESES a contar desde que concluya la asistencia sanitaria en el centro de destino, transcurrido el cual preescribirá el derecho a solicitud.

San Sebastián de La Gomera, a..... de.....de 20

Fdo.....

DIRECCIÓN DE ÁREA DE SALUD DE LA GOMERA

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.

Avda. José Aguiar, s/n
38800 - San Sebastián de La Gomera
Telf.: 822 171 247 / Fax: 822.171.252