



ASOCIACIÓN EXTREMEÑA A.F.A.L.
C/ Villamesías, 3 - Apdo. de Correos 120
Tlf.-924/330825 y 659/848257
N.I.F.-G06219075
Mérida – 06800
www.asociacionafl.com
info@asociacionafal.com

LEAN ÉSTA CARTA, ES IMPRESCINDIBLE PARA TRAMITAR BIEN LA AYUDA ECONÓMICA POR DESPLAZAMIENTO

Estimada familia:

Nos ponemos en contacto con ustedes para informarles de los cambios que se van a realizar en cuestión de ayudas para el transporte. Como ya sabéis, hemos sufrido recortes este año en las subvenciones para llevar a cabo los programas de ayuda, por lo que se ha tenido que eliminar los transportes en taxis. **La ayuda por transporte no se elimina, pero se va a realizar de diferente manera y va a conllevar algún trámite. Consiste en una ayuda por Kilometraje. Al paciente se le va abonar 0,15 € por Kms.** establecidos por la Vía Michelín, desde su localidad de residencia a la del destino del Hospital al que vaya, **siempre que sea fuera de la Región.** Los kilómetros de distancia se multiplican por 2 (Ida y Vuelta), y a los Kilómetros resultantes se multiplica por 0,15. **La cantidad total es la que se le abonaría por viaje.**

Por Ejemplo: Mérida-Madrid: 345Kms. x 2 (Ida y Vuelta)= 690 Kms. x 0,15 €= 103,5 € por viaje.

La ayuda por transporte se abonará de forma mensual, entre el 1º y el 15º día del mes siguiente al de los viajes realizados. Tendrán que enviárnoslo entre el 1 y el 5 del siguiente mes. Por ejemplo, los viajes efectuados en Marzo y toda la documentación pertinente, tendrán que mandárnosla entre el 1 y el 5 de Abril.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

1. **Fotocopias de: Informe médico dónde aparezca el diagnóstico de la enfermedad, DNI del paciente y Cartilla de la Seg.Social**
2. **Originales de los Justificante/s del hospital del día/s de consulta,** (uno por cada viaje, no son válidos las citas ni los informes médicos, de no ser que sean informes de alta).
3. Original, o documento escaneado, **de la Petición de Orden de Asistencia en centros distintos de los de referencia (actualizada)**
4. **ANEXOS:**
A -MENSUAL ,y, (cada mes junto a los justificantes hospitalarios correspondientes)

B –ANUAL, UNA SÓLA VEZ AL AÑO, CON LA PRIMERA SOLICITUD DE AYUDA-cumplimentados-) FIRMADOS –POR EL PACIENTE (o tutor si fuera menor)

5. **IBAN y N° de cuenta (20 dígitos)** dónde el paciente sea titular o co-titular de la cuenta, *que se rellena en el Anexo B* y tiene que ser esa cuenta para los abonos durante todo el año.

6. **Declaración Jurada del Paciente** – o tutor/ar en caso de ser menor-, de no solicitar ayudas a la Administración Pública para la misma finalidad- transporte en este caso-. Sólo una vez al año.

7. Documento de **Protección de datos del paciente**, firmado por el mismo o tutor si es menor de edad.

Si falta alguno de los documentos, no podremos abonarle la ayuda, Así pues, por favor, mándenlo todo conjuntamente.

Trámite

1. *Llamar a la Asociación 924 33 08 25, para informarnos de cada vez que tengan ustedes que realizar un viaje para ir al Hospital fuera de la Región.*

2º. *Para abonar cada viaje será imprescindible presentar, junto a los Anexos cumplimentados y firmados, el/los Justificante/s de Asistencia Sanitaria del Hospital* en el que han sido atendidos. No será válido el documento que acredite el día de la cita (puesto que eso no justifica que haya ido), ni los informes médicos. Los Justificantes de Ingresos y Alta constarán también cómo un solo viaje.

3º. *Tienen ustedes que firmar los los Anexos A, y B -que deberán ir firmados por el paciente –o tutor si el paciente es un menor -el A sólo una vez cada mes, independientemente de si realizan un solo viaje o diez, si no hacen ningún viaje en un mes, evidentemente no tienen usted que mandarnos los anexos. Por ejemplo, si hacen un viaje en Marzo, nos han de enviar un sólo Anexo A firmado, y si hacen 6 viajes en Marzo, también nos tienen que enviar un sólo ANEXO A firmado.*

En el ANEXO A, tienen ustedes que rellenar la parte dónde aparece:

A Rellenar por el Paciente:

CON EL OBJETO DE: -----, dónde tendrán que poner y especificar si van a consulta, revisión, tratamientos y/u otros.

- Se le mandan los ANEXOS A y B sin fecha para los próximos meses y que nos lo envíen conforme hagan viajes. (HAGAN FOTOCOPIAS COPIAS ANTES DE QUEDARSE SIN ELLOS).

La parte a rellenar que determina el número de Kilómetros y la cantidad a abonar será rellenado exclusivamente por la Asociación.

4°. La ayuda de transporte será siempre determinada así, abono por Kilometraje, independientemente de que ustedes usen vehículo propio, transporte público o realicen el viaje en taxi.

5°. Para realizar el abono de dicha ayuda, será también imprescindible que nos envíen este documento: la Petición de Orden de Asistencia en centros distintos de Referencia.

Se necesita un original ,o una fotocopia compulsada o el documento original escaneado si tienen ustedes e-mail. No será válida una fotocopia del documento sin compulsar.

¿Qué es este documento y manera de conseguirlo?

La Petición de Orden de Asistencia en centros distintos de Referencia es un documento que expide el Servicio Extremeño de Salud a aquel paciente al que deriven/canalicen para tratar su enfermedad a un Hospital de otra región que no sea Extremadura. Por ejemplo, si lo envían a tratarse a Madrid, Córdoba, Salamanca..., o cualquier otra CC.AA de España.

Aunque no se lo pidan a ustedes en esos hospitales de otras CC.AA., **si es necesario presentarlos para solicitar una ayuda económica**, como es nuestro caso en la Asociación. Si nos solicitan ustedes la ayuda a nosotros, no deben solicitarla al SES ya que se duplicaría la ayuda para el mismo servicio, para ello firman una Declaración Jurada de no solicitar ayudas para el mismo fin a la Admon. Pública.

Hay ocho Gerencias de Áreas de Salud de Extremadura y cada una tiene uno o más hospitales desde dónde derivan al paciente a otros hospitales fuera de Extremadura, y son:

- CÁCERES: Hospitales “San Pedro de Alcántara ” y “ Virgen de la Montaña”
- PLASENCIA: Hospital “Virgen del Puerto”
- CORIA: Hospital “Ciudad de Coria”,
- NAVALMORAL DE LA MATA: Hospital “Campo Arañuelo”
- BADAJOS: Hospitales “Infanta Cristina”, “ Materno Infantil ” y “Perpetuo Socorro”
- MÉRIDA: Hospital “De Mérida”, de Mérida
- DON BENITO-VILLANUEVA: Hospital “Don Benito-Villanueva”
- LLERENA-ZAFRA: Hospital de “Llerena-Zafra”

De alguno de estos hospitales, les mandan a ustedes a otro fuera de Extremadura. Según de dónde lo hayan enviado, ahí es la Área de Salud dónde tienen ustedes que pedir ese documento. Pueden ir al Centro de Salud de su localidad dónde pertenece el paciente, y a través de las Trabajadoras Sociales de los mismos, pedirlos, se lo enviarán a ustedes por correo ordinario.

En algunas Áreas de Salud se renueva este documento cada 6 meses, en otras no(Área de Cáceres y Plasencia). Si ustedes lo tienen caducado, tienen que pedir la renovación del mismo, y si pertenecen a Cáceres o Plasencia, pedirles que le envíen el documento: Petición de Orden de Asistencia en centros distintos de referencia.

El Lugar y las personas de contacto dónde también pueden solicitarlo, son:

- Área de Cáceres:
Gerencia de Área de Salud
Dirección: C/ San Pedro de Alcántara, 3

10003 – Cáceres

CANALIZACIÓN DE PACIENTES

Teléfono: 927 25 62 22

- Área de Plasencia:

*Gerencia de Área de Salud
Hospital “ Virgen del Puerto “
Dirección; Paraje Valcorchero, s/n
10600- Plasencia*

CANALIZACIÓN DE PACIENTE

Teléfono: 927 42 83 34

- Área de Coria:

*Gerencia de Área de Salud
Dirección: Avda. De Extremadura, 8
10800-Coria*

CANALIZACIÓN DE PACIENTES

Teléfono: 927 14 92 03

- Área de Navalmoral de la Mata

*Hospital “ Campo Arañuelo ”
Dirección: Del Hospital, s/n
10600- Navalmoral de La Mata
Persona de contacto: **Dirigirse a : Ventanilla de Atención al Público-**
Teléfono: 927 54 88 76*

- Área de Mérida

*Hospital de Mérida
Dirección: Polígono Nueva Ciudad, s/n
06800-Mérida*

CANALIZACIÓN DE PACIENTES

**Teléfono: 924 38 10 02 ó
924 38 10 00, extensión 81512, 81513, 81514**

- **Área de Badajoz:**

*Gerencia de Área de Salud
Dirección: Avda. de Huelva, 8
06071-Badajoz*

CANALIZACIÓN DE PACIENTES

Teléfono: 924 21 81 72

- **Área de Don Benito-Vva:**

*Gerencia de Área de Salud
Dirección: Avda. Alonso Martín, s/n
06400-Don Benito*

CANALIZACIÓN DE PACIENTES

Teléfono: 924 38 28 42

- **Área de Llerena-Zafra**

*Hospital de Llerena
Avda. Badajoz, 1
06900*

CANALIZACIÓN DE PACIENTES

Teléfono: 924 87 70 00/05

-**Hospital de Zafra:**

*Ctra. Badajoz-Granada, s/n
06300*

CANALIZACIÓN DE PACIENTES

Teléfono: 924 02 92 00

** Le mandamos un modelo del documento de Petición de Orden de Asistencia a centros distintos de Referencia de un paciente- borrado los datos personales – para que lo vean, el modelo puede cambiar de un hospital a otro, pero el documento es el mismo.*

No será válida una fotocopia del documento sin compulsar.

6°. El abono de la ayuda se realizará siempre por transferencia bancaria al número de cuenta que ustedes nos den. El paciente, aunque sea menor, deberá aparecer como titular o co-titular de la misma por ello, nos tienen que facilitar los 20 dígitos de la cuenta, así como el IBAN de la misma, q aparece en el ANEXO A.

7° Aquellas personas que tengan e-mail, se les mandará la documentación por esa vía y podremos recibirlos por la misma. Todos los documentos que nos envíen serán a éste **e-mail**:

yoli@asociacionafal.com

y serán válidos siempre que estén escaneados.

Las personas que no dispongan de e-mail, se les enviará la documentación por correo ordinario. O empresa paquetería .

Rogamos **remitan la documentación, certificada y con acuse de recibo** para que no haya pérdida, y que, si lo desean, se queden ustedes con copias de los justificantes del hospital (o que pidan dos).

Dirección a dónde enviar la documentación:

ASOCIACIÓN EXTREMEÑA AFAL

Apdo. de Correos: 120

06800-Mérida

Si después de leer la carta que acompaña a los Anexos, tienen alguna duda, por favor, llámemnos y se la aclararemos

Un cordial saludo,