EPS Sanitas

SOLICITUD DE SERVICIOS DE TRANSPORTES Y/O ALOJAMIENTO _ V 3.0

Recuerde:

-Para radicar la solicitud de traslado debe contar previamente con fecha y hora de cita o servicio de salud en una IPS adscrita

-Si el afiliado tiene varias citas programadas y la diferencia entre cada cita es **mayor de 3 días**, debe radicar una nueva solicitud por cada una de ellas.

-Si la ciudad de origen es **San Andrés, Leticia** o se encuentra en los Departamentos de **Chocó o Arauca** y se dirige a una ciudad principal en otro departamento, debe presentar una nueva solicitud **sólo si la diferencia entre citas es mayor a 7 días.**

Ciudad de residencia: _____

Fecha Solicitud: _____

I. DATOS DEL AFILIADO QUE REQUIERE EL SERVICIO

Nombre del afiliado: _____

(Registrar nombre como aparece en el documento de identidad)

Tipo de documento: RC____ CC____ TI____CE____PT____ PE____

No. de documento: _____

Fecha de nacimiento:_____ (**DD/MM/AAAA)**

Celular: _____

Correo electrónico: _____

Régimen: Contributivo ☐ Subsidiado ☐

II. INFORMACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD PROGRAMADO (En caso que aplique para único servicio)

- Servicio de salud programado: _____
- Fecha del servicio: (DD/MM/AAAA) _____ Hora de la cita: _____
- Ciudad del servicio de salud programado: _____
- Si cuenta con orden médica para transporte aéreo, marque la X y anexe el documento ☐
- IPS o Entidad donde tiene asignado el servicio: _____

<u>Diligenciar si corresponde a varias citas o servicios en el mismo mes, días corridos:</u>

Servicio de salud programado	Fecha cita	Hora cita	Ciudad o municipio	IPS o Entidad del servicio programado

EPS Sanitas

III. DATOS ACOMPAÑANTE (Para los casos en que aplique)

Observación: El acompañante debe ser mayor de 18 años con **capacidad de decisión** y estado idóneo para garantizar el acompañamiento

El servicio de acompañante aplica en los siguientes casos o se debe solicitar bajo los siguientes criterios:

1. Menor de 18 años.
2. Mayores de 65 años
3. Afiliado en condición de discapacidad previamente certificado (Adjuntar Certificación de discapacidad)
4. Afiliado con orden del médico tratante en la cual se describa la necesidad del acompañante

Nombre del acompañante (**Es importante escribir el nombre tal cual como aparece en el documento de identidad para evitar contratiempos con la emisión de autorizaciones y tiquetes**)_____

Tipo de documento: CC____ CE_____PT_____ PE____PS_____

N. de documento: _____

Fecha de nacimiento: _____ (**DD/MM/AAAA)**

Celular: _____

Correo electrónico: _____

Parentesco: _____

IV. ¿REQUIERE ALOJAMIENTO? . SI ☐ NO ☐

V. CARACTERÍSTICA DETALLADA DE MOVILIDAD

¿El afiliado asistirá con alguno o varios de los siguientes elementos? Seleccione.

- Cilindro de oxigeno ☐
- Silla de ruedas ☐
- Sondas ☐
- Ninguna ☐
- Otro ☐ cuál? _____

VI. SOPORTES QUE DEBE ADJUNTAR A LA SOLICITUD:

- ☐ Copia de la historia clínica o epicrisis y orden médica del (los) servicio (s) vigentes que motivan el traslado
- ☐ Copia de documento de identidad para **acompañante** si se requiere
- ☐ Orden médica vigente para Traslado aéreo (opcional)
- ☐ Orden médica vigente para Acompañante (opcional)
- ☐ Soporte de confirmación de la cita o servicio médico al cual va a asistir (correo electrónico, mensaje de texto, mensajes vía WhatsApp)
- ☐ **Residentes departamento de San Andrés, Providencia y Santa Catalina:** adjuntar fotocopia de la tarjeta **OCCRE** (Oficina de Control, Circulación y Residencia) del afiliado y acompañante (en caso que requiera viajar con acompañante).

Estimado Afiliado:

Es importante tener en cuenta que el derecho a los servicios de transporte, alojamiento y alimentación para el cumplimiento de citas en una ciudad diferente a la de su domicilio solo aplica por disposición legal o judicial, según lo establecido en la Resolución 2366 de 2023.

Para facilitar la gestión, el uso adecuado de los recursos públicos de la salud y garantizar su derecho a los servicios de transporte, alojamiento y alimentación, usted como afiliado a EPS Sanitas debe radicar la solicitud de estos servicios con un mínimo de **10 días hábiles** de anticipación a la fecha de su cita médica.

La recepción de este documento no implica la automática generación de servicios de transporte, alojamiento y alimentación por parte de EPS Sanitas. La aprobación de la solicitud está sujeta a la verificación de los criterios establecidos, de acuerdo con la normatividad vigente y las particularidades de orden jurídico

Al firmar esta solicitud certifica que la información consignada es veraz y corresponde con la necesidad de transporte o alojamiento para asistir a servicios de salud previamente programados. Así mismo, cualquier cambio en las fechas, horas, trayectos itinerario, acompañantes, aerolíneas que de manera unilateral solicite el Afiliado POSTERIOR a la emisión de tiquetes y que cause PENALIZACIONES o SOBRECOSTOS por parte de los operadores de transporte o Alojamiento, deben ser asumidos por el Afiliado directamente con los operadores.

Firma del afiliado o Representante legal: _____

Tipo y numero de documento: _____