

III.- OTRAS DISPOSICIONES Y ACTOS

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam)

Resolución de 25/09/2018, de la Dirección-Gerencia, sobre reintegro de gastos por adquisición de medicamentos para pacientes menores de edad afectados por discapacidad igual o superior al 33%. [2018/11156]

La Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha, establece en su art. 41 que los menores de edad así como las personas en situación de dependencia, serán objeto de especial atención por las Administraciones competentes que deberán procurar una atención personalizada y adecuada a sus circunstancias personales que favorezcan el cumplimiento de los derechos de la ley, y tienen derecho a actuaciones y programas sanitarios específicos, que se ejecutarán a través de los centros, servicios y establecimientos del Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha

La presente Resolución pretende garantizar la continuidad del tratamiento médico de todas las personas menores de edad afectadas por algún tipo de discapacidad en un grado igual o superior al 33%.

A tal efecto el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam), al amparo de la Disposición Final Segunda de la Orden 136/2018, de 5 de septiembre, de la Consejería de Sanidad, por la que se regula el procedimiento de reintegro de gastos de asistencia sanitaria en el ámbito del Sescam, establece las condiciones para reembolsar los gastos derivados de la adquisición de medicamentos que resulten precisos para el tratamiento de las enfermedades de pacientes menores de edad especialmente vulnerables por su discapacidad y renta familiar, con exclusión de los gastos derivados de la adquisición de absorbentes de incontinencia de orina.

Conforme lo anterior, esta Dirección Gerencia resuelve:

Primera.- Procederá el reintegro de gastos por adquisición de medicamentos y efectos y accesorios correspondientes a tratamientos sujetos a financiación pública como prestación farmacéutica ambulatoria, que hayan sido prescritos por personal médico del Sescam a pacientes menores de edad, con grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%, que cumplan los siguientes requisitos:

- a) Disponer de tarjeta sanitaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam).
- b) Tener asignado el régimen de aportación farmacéutica TSI 003, o bien un TSI 002 como beneficiarios de un titular con una renta anual inferior a 18.000 €.

Se excluye del ámbito de aplicación de esta resolución la adquisición de absorbentes de incontinencia de orina, que se entregarán a través del programa de suministro directo de estos productos gestionado en el ámbito de la Atención Primaria.

Segunda.- Los interesados deberán cumplimentar la solicitud que acompaña la presente Resolución, en la que se deberán identificar los datos bancarios del solicitante/representante legal que presenta la solicitud (Anexo).

Asimismo se adjuntará a la solicitud tickets-facturas de las oficinas de farmacia en las que se debe identificar:

- 1º. Farmacia dispensadora.
- 2º. Producto dispensado: Nombre y Precio Venta al Público con I.V.A.
- 3º. Aportación del paciente.
- 4º. Fecha de dispensación.

Tercera.- Conforme al artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Gerencia competente procederá a verificar los documentos acreditativos del cumplimiento de los requisitos establecidos en el punto primero de esta Resolución, además de los siguientes:

- a) Los acreditativos de la identidad del paciente menor de edad y/o de la persona representante o tutor.
- b) El grado de discapacidad reconocido.

En el caso de que los interesados se opongan a esta consulta, deberán indicarlo en el cuadro habilitado en el modelo de solicitud, y presentar los documentos correspondientes.

A los efectos de la acreditación de la condición de discapacitado será de aplicación la Orden de 29 de junio de 2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se crea la tarjeta acreditativa de grado de discapacidad.

Cuarta.- La Dirección General de Asistencia Sanitaria mantendrá actualizada la información correspondiente de las aportaciones satisfechas por todos los menores que tengan reconocida la discapacidad igual o superior al 33 % en oficinas de farmacia de Castilla-La Mancha. Esta información servirá para validar la cuantía del reintegro.

Quinta.- La tramitación del reintegro, se ajustará al procedimiento común previsto en el Capítulo Primero de la Orden 136/2018, de 5 de septiembre, de la Consejería de Sanidad, por la que se regula el procedimiento de reintegro de gastos de asistencia sanitaria en el ámbito del Sescam.

La solicitud de reintegro del gasto correspondiente a cada semestre natural, se presentará dentro de los tres meses siguientes a la fecha de vencimiento de cada período.

Una vez presentada la solicitud, los reintegros se harán efectivos por las Gerencias en un plazo de 3 meses, a contar desde el día siguiente a la fecha de finalización del plazo de presentación de solicitudes.

No obstante, respecto al gasto correspondiente al período comprendido entre el 11 de octubre y el 31 de diciembre de 2018, las solicitudes de reintegro se presentarán durante el primer trimestre del año 2019.

La presente Resolución surtirá efectos a partir del 11 de octubre de 2018.

Toledo, 25 de septiembre de 2018

La Directora-Gerente
REGINA LEAL EIZAGUIRRE



Nº Procedimiento

120051

Código SIACI

SL2R

SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS EN MEDICAMENTOS PARA PACIENTES MENORES DE EDAD CON DISCAPACIDAD

Las solicitudes de presentarán dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de vencimiento del semestre cuyo reintegro de gasto se solicita

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (si es representante o tutor deberá acreditarse legalmente*)					
NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento:	<input type="text"/>	Nombre:	<input type="text"/>
1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>		
En calidad de:	Progenitor/a <input type="checkbox"/>	Representante <input type="checkbox"/>	Tutor/a <input type="checkbox"/>		
Domicilio:	<input type="text"/>				
Provincia:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Población:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico**:	<input type="text"/>
*Si existe representante, las comunicaciones que deriven de esta solicitud se realizarán con el representante designado.					
**El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.					

DATOS DEL PACIENTE MENOR DE EDAD					
Nombre:	<input type="text"/>				
1º Apellido:	<input type="text"/>	2º Apellido:	<input type="text"/>		
NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Número de documento:	<input type="text"/>		
CIP (código de identificación de la tarjeta sanitaria del paciente)					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Letras			Números		

MOTIVO DE LA SOLICITUD	
Reintegros de gastos por adquisición de medicamentos y efectos y accesorios (excluidos los absorbentes de incontinencia de orina) correspondientes a tratamientos sujetos a financiación pública como prestación farmacéutica ambulatoria, que hayan sido prescritos por personal médico del SESCAM a pacientes menores de edad, con grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33% -que cumplan los requisitos establecidos en la Resolución de 25 de septiembre de 2018, de la Dirección-Gerencia del SESCAM.	
Periodo de gasto solicitado: Año:	Primer semestre <input type="checkbox"/> Segundo semestre <input type="checkbox"/>

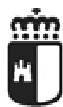


Castilla-La Mancha

DATOS BANCARIOS DEL SOLICITANTE																	
TITULAR DE LA CUENTA:																	
IBAN				Código entidad				Sucursal				DC		Número de cuenta			

MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN
<input type="checkbox"/> Correo postal <i>(De acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, exclusivamente para aquellos que no estén obligados a la notificación electrónica.)</i>
<input type="checkbox"/> Notificación electrónica <i>(Si elige o está obligado a la notificación electrónica compruebe que está usted registrado en la Plataforma https://notifica.iccm.es/notifica y que sus datos son correctos.)</i>

ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS
<p>Declaración responsable: Declaro que son ciertos los datos reflejados en esta solicitud y los documentos aportados, y conozco que la inexactitud, falsedad u omisión en cualquier dato o documento puede producir los efectos previstos en el artículo 69, punto 4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.</p> <p>Autorizaciones: Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Gerencia competente va a <u>proceder a verificar</u> los documentos acreditativos del cumplimiento de los requisitos establecidos en el punto primero de la mencionada Resolución, así como los siguientes, salvo que usted no lo autorice expresamente a continuación:</p> <p><input type="checkbox"/> NO: Los acreditativos de identidad. <input type="checkbox"/> NO: El grado de discapacidad reconocido.</p> <p>En el caso de no autorizar la comprobación de los datos indicados, se compromete a aportar la documentación pertinente. A efectos de acreditar el grado de discapacidad reconocido se estará a lo dispuesto en la Orden de 29 de junio de 2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se crea la tarjeta acreditativa de grado de discapacidad.</p> <p>Documentación que se adjunta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tickets-facturas de la oficina de farmacia. <p>Otra documentación que se adjunta:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 80px;"> * * * </div>



Castilla-La Mancha

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	Dirección General de Asistencia Sanitaria.
Finalidad	Gestión de prestaciones sanitarias
Legitimación	Ejercicio de poderes públicos (Ley16/2003, 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud).
Destinatarios	No existe cesión de datos
Derechos	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional.
Información adicional	Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es

En

a

de

de

Firma del solicitante

TITULAR DE LA GERENCIA DE