

I.- DISPOSICIONES GENERALES

Consejería de Sanidad

Orden de 21/04/2016, de la Consejería de Sanidad, por la que se regula el procedimiento para el reintegro de gastos por aportaciones de los pensionistas y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria. [2016/4332]

El art. 102 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, regula la aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria, estableciendo en su apartado séptimo que el importe de las aportaciones realizadas por los pensionistas y sus beneficiarios que excedan de las cuantías mencionadas en el apartado anterior será objeto de reintegro por la comunidad autónoma correspondiente, con una periodicidad máxima semestral.

A nivel autonómico, la Ley Orgánica 9/1982, de 10 de agosto, por la que se aprueba el Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha, dispone que la Junta de Comunidades, en los términos que establezcan las leyes y reglamentos que en desarrollo de su legislación dicte el Estado, ejercerá la función ejecutiva de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Con el fin de dar cumplimiento a la mencionada obligación legal, se hace necesario regular en el ámbito del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, un procedimiento dirigido específicamente a evitar que el pensionista deba seguir sopor-tando la carga económica derivada de su participación en el precio del medicamento (copago) cuando ya se ha alcanza-do el tope mensual de aportación del usuario por este concepto. Asimismo, se regula un procedimiento de reintegro de gastos a instancia de parte para aquéllos supuestos en los que se haya obtenido la prestación farmacéutica ambulatoria de medicamentos bajo recetas médicas oficiales en otras comunidades autónomas, o bien exista alguna discrepancia respecto a la liquidación practicada.

Por lo tanto, en virtud de las competencias atribuidas por el artículo 23.2 de la Ley 11/2003, de 25 de septiembre, del Gobierno y del Consejo Consultivo de Castilla-La Mancha, así como el Decreto 83/2015, de 14 de julio de 2015, de estructura orgánica y competencias de la Consejería de Sanidad.

Dispongo:

Capítulo I.- Disposiciones Generales

Artículo 1. Objeto.

La presente Orden tiene por objeto la regulación del procedimiento para la gestión del reintegro de gastos a los pensio-nistas y sus beneficiarios por el exceso de las aportaciones económicas realizadas en concepto de prestación farma-céutica ambulatoria del Sistema Nacional de Salud, en los supuestos y cuantías contemplados en el art. 102 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Artículo 2. Ámbito de aplicación

1. La presente Orden será de aplicación a los pensionistas y sus beneficiarios con tarjeta sanitaria individual del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam) en vigor, siempre que los medicamentos y productos sanitarios estén inclui-dos en la prestación farmacéutica, hayan sido prescritos por profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud o correspondan a una asistencia sanitaria concertada.

2. A los efectos de lo dispuesto en el artículo 4, será requisito indispensable que los medicamentos y productos sanita-rios sean dispensados en oficinas de farmacias de Castilla-La Mancha.

Capítulo II.- Límites máximos de aportación.

Artículo 3. Límites máximos de aportación.

La aportación de los pensionistas y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria será la establecida en el art. 102.6 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio.

Artículo 4.- Superación del tope máximo de aportación.

Una vez alcanzado por el pensionista su límite máximo mensual establecido, no continuará realizando más aportaciones económicas durante el resto de días del mes en curso en aquellas dispensaciones que se produzcan mediante receta del Sescam en oficinas de farmacia de la Comunidad Autónoma.

Capítulo III.- Procedimiento de reintegro de gastos a instancia de parte.**Artículo 5. Supuestos en los que procede el reintegro de gastos a instancia de parte.**

Los pensionistas y sus beneficiarios podrán solicitar el reintegro de gastos por prestación farmacéutica ambulatoria cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Errores en el porcentaje de aportación o el tope máximo mensual que le corresponda en el momento de la dispensación del medicamento.
- b) Aportaciones indebidas efectuadas por cambio de tipo de aportación.
- c) Dispensación de recetas en otra Comunidad Autónoma a pacientes desplazados con tarjeta sanitaria individual del Sescam, cuando dicha aportación, aislada o conjuntamente, sea superior al máximo fijado legalmente.
- d) En cualquier otro supuesto en que se considere que la aportación efectuada excede de la cantidad que corresponde de acuerdo con la normativa de aplicación.

Artículo 6.- Inicio de procedimiento de reintegro de gastos a instancia de parte.

1. Las solicitudes de los interesados irán dirigidas a la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Sescam y se podrán presentar por cualquiera de los siguientes medios:

- a) En formato papel: La solicitud se presentará conforme al modelo recogido en el Anexo de esta Orden, en cualquiera de los registros de las Gerencias del Sescam y sus Servicios Centrales, así como en los lugares previstos en el art. 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común.
- b) En formato electrónico: Deberán cumplimentar y registrar la solicitud a través de la sede electrónica de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (www.jccm.es) o en la dirección <http://sescam.jccm.es>. Una vez cumplimentada y registrada telemáticamente la solicitud, el interesado recibirá confirmación de la recepción de la misma en el registro electrónico.

2. La solicitud se presentará conforme al Anexo de esta Orden, en el plazo máximo de cinco años posteriores al momento en que se haya realizado el pago a que se refiere el reintegro.

3. Junto a la solicitud, el interesado deberá adjuntar la siguiente documentación:

- a) Copia de la receta médica o volante de instrucciones al paciente en la que conste el producto prescrito. En caso de receta electrónica, copia de la hoja de medicación o documento equivalente.
- b) Ticket-factura de la oficina de farmacia en el que consten los siguientes datos:
 - 1º. Farmacia dispensadora
 - 2º. Producto dispensado: Nombre y Precio Venta al Público con I.V.A.
 - 3º. Aportación del paciente.
 - 4º. Fecha de dispensación.
- c) Cualquier otro documento que acredite la causa de la solicitud del reintegro.

4. Si la solicitud no reúne los requisitos exigidos se requerirá al solicitante para que en un plazo de diez días subsane la falta o acompañe los documentos preceptivos, con indicación de que, si así no lo hiciera, se le tendrá por desistido de su petición previa resolución del órgano competente para resolver el procedimiento.

Artículo 7.- Instrucción del procedimiento.

La unidad administrativa instructora podrá realizar de oficio cuantas actuaciones estime necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe formularse la propuesta de resolución. A estos efectos se podrá solicitar la documentación complementaria que se estime precisa.

Artículo 8.- Resolución.

1. La resolución del procedimiento de reintegro de la prestación farmacéutica corresponderá a la persona titular de la Dirección General de Asistencia Sanitaria.
2. El plazo máximo para dictar y notificar la resolución administrativa será de seis meses a contar desde la fecha en que la solicitud haya tenido entrada en el registro del órgano competente para su tramitación, considerando como tal cualquiera de los registros del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
3. Transcurrido el plazo máximo fijado para dictar y notificar resolución expresa, la solicitud podrá entenderse desestimada por silencio administrativo en virtud de lo previsto en el artículo 129 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Artículo 9.- Régimen de reclamaciones.

Contra la desestimación de la solicitud se podrá presentar reclamación previa a la vía social ante la Dirección General de Asistencia Sanitaria en el plazo de 30 días desde la notificación de la Resolución o desde la fecha en que se entienda desestimada la solicitud por silencio administrativo, de acuerdo con lo establecido en el art. 71 y siguientes de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social.

Artículo 10.- Abono del reintegro.

El reintegro se realizará en el número de cuenta del pensionista en el que se efectúe el ingreso de su pensión, salvo que expresamente se solicite que el mismo se realice en un número de cuenta distinto.

Disposición adicional primera: Programa de dispensación electrónica del Sescam

1. En el programa de dispensación electrónica del Sescam se incorporará el cálculo del tope máximo individual de aportación e incluirá tanto las dispensaciones de recetas electrónicas como de recetas informatizadas y manuales. En estos dos últimos tipos de recetas es imprescindible para la aplicación del tope máximo la correcta identificación del número de tarjeta sanitaria del paciente.

Si por causa justificada se produce la anulación de una dispensación, el sistema recalculará su tope máximo teniendo en cuenta la aportación que en su caso se hubiese hecho por ese medicamento.

Para el cálculo del tope máximo individual del mes se permite al Sescam incorporar al tope del mes siguiente aportaciones de recetas dispensadas el mes anterior en tope máximo que tras la anulación de la dispensación no pudieron ser recalculadas en ese mes.

2. Todas las oficinas de farmacia autorizadas en Castilla-La Mancha, en el marco de los acuerdos de colaboración suscritos con el Sescam, están obligadas a incorporar en su sistema de dispensación electrónica la adaptación para el cálculo del tope máximo de aportación desarrollado por el Sescam. El programa informará a la farmacia en cada dispensación si debe o no cobrar aportación y, en su caso, la cantidad que deba cobrar y una vez llegado a su tope máximo le informará de que no debe cobrar aportación.

Disposición adicional segunda. Modificación del tipo de aportación.

Los usuarios y sus beneficiarios que no tengan la condición de pensionistas cuyo tipo de aportación haya sido modificado por el Instituto Nacional de Seguridad Social o que presenten errores en el porcentaje de aportación que le corresponda en el momento de la dispensación del medicamento podrán reclamar al Sescam, conforme al procedimiento establecido en el Capítulo III de esta orden, la diferencia económica a su favor desde la fecha de efectos de dicho reconocimiento hasta su aplicación efectiva.

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

A partir de la entrada en vigor de la presente Orden quedan sin efecto, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, las disposiciones de igual o inferior rango sobre procedimientos de reintegro de gastos en concepto de aportación farmacéutica.

Disposición final primera. Autorización para la adopción de medidas.

Se autoriza a la persona titular de la Dirección Gerencia del Sescam para la adopción de las medidas necesarias para el cumplimiento de lo dispuesto en esta Orden.

Disposición final segunda. Entrada en vigor.

La presente Orden entrará en vigor el día 1 de mayo de 2016.

Toledo, 21 de abril de 2016

El Consejero de Sanidad
JESÚS FERNÁNDEZ SANZ



Nº Procedimiento

170009

Código SIACI

SJCY



ANEXO

SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS POR APORTACIONES EN LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA AMBULATORIA**DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (si es representante o tutor deberá acreditarse legalmente)**

NIF ☐	NIE ☐	Número de documento:			
Nombre:		1º Apellido:		2º Apellido:	
En calidad de:	Solicitante ☐	Representante ☐	Tutor ☐		
Domicilio:					
Provincia:		C.P.:		Población:	
Teléfono:		Teléfono móvil:		Correo electrónico:	

CIP (código identificación tarjeta sanitaria del asegurado o beneficiario (paciente))

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Letras

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Números

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de esta solicitud se realizarán con el representante designado por el interesado.

DATOS DEL USUARIO O BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN SANITARIA (PACIENTE)*Sólo rellenar en caso de no coincidir con el solicitante*

NIF ☐	NIE ☐	Número de documento:			
Nombre:		1º Apellido:		2º Apellido:	

MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA RESPUESTA☐ Correo postal☐ Correo electrónico**Motivos de la solicitud**

- ☐ Por errores en el porcentaje de aportación o el tope máximo mensual que corresponda en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario.
- ☐ Aportaciones indebidas por cambio tipo de aportación.
- ☐ Por abono en otra CCAA de una aportación que aislada o conjuntamente sea superior al máximo fijado en la ley. *

**Imprescindible presentar copia/volante de las recetas y tickets/facturas de las oficinas de farmacia.*

En cumplimiento de lo establecido en la legislación vigente de Protección de Datos de Carácter Personal, el SESCAM le informa que sus datos personales van a ser incorporados a un fichero denominado "gestión sanitaria" cuyo responsable es el Director Gerente del SESCAM, con la finalidad de gestión de prestaciones y servicios sanitarios.

Las cesiones de datos que se produzcan son las autorizadas en la legislación aplicable. La negativa a facilitar los datos puede suponer la imposibilidad de mantener cualquier tipo de relación con usted.

Asimismo, se le informa que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiendo un escrito al titular de la Dirección-Gerencia del SESCAM, Avenida Río Guadiana nº 4, CP 45071 de Toledo, o bien telemáticamente en el siguiente enlace: <https://www.jccm.es/sede/ventanilla/electronica/J5X>

Para cualquier consulta y/o comentario se puede dirigir a la dirección de correo electrónico datospersonales@sescam.jccm.es



☐ Otros supuestos correspondientes a la aportación del usuario en la dispensación: (Indíquelos):

Datos bancarios en caso de que desee el reintegro en un nº de cuenta diferente al de la pensión

IBAN	Código entidad	Sucursal	DC	Número de cuenta

Acreditación del cumplimiento de los requisitos

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 71 bis punto 4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

AUTORIZO a este órgano gestor del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha para que pueda proceder a la comprobación y verificación de los siguientes datos:

- ☐ SI ☐ NO: Los acreditativos de identidad.
☐ SI ☐ NO: Los acreditativos de domicilio o residencia a través del Servicio de Verificación de Datos de Residencia (SVDR).
☐ SI ☐ NO: Los referidos a la Seguridad Social.
☐ SI ☐ NO: Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional o en poder de la misma:

DOCUMENTO ALEGADO	UNIDAD DEL SESCAM /ADMINISTRACION DE LA JCCM

Todo ello en los términos establecidos en los artículos 4 y 5 del Decreto 33/2009, de 28 de abril, por el que se suprime la aportación de determinados documentos en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y de sus organismos públicos vinculados o dependientes, comprometiéndose, en caso de no autorización, a aportar la documentación pertinente.

Documentación que se adjunta

- ☐ Copia de recetas médicas o volante de instrucciones al paciente en la que conste el producto prescrito. En caso de receta electrónica, copia de la hoja de medicación o documento equivalente.
☐ Tickets/ facturas emitidas por la/s Oficina/s de Farmacia.
☐ Otras

En _____ a _____ de _____
Firma del solicitante,

DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA.
AVDA. RÍO GUADIANA Nº 4. 45071 TOLEDO.