

III. Otras Resoluciones

Consejería de Sanidad

1791 *Servicio Canario de la Salud.- Resolución de 10 de abril de 2015, de la Secretaria General, por la que se aprueban modelos normalizados en materia de prestación ortoprotésica suplementaria ambulatoria.*

El Decreto 48/2009, de 28 de abril, por el que se establecen en la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias medidas ante la crisis económica y de simplificación administrativa, dispone que en la tramitación de los procedimientos administrativos se aprobarán modelos normalizados de solicitud para ser utilizados por los ciudadanos, señalando el contenido que habrá de figurar en todo modelo normalizado.

Posteriormente el Decreto 37/2015, de 27 de marzo, por el que se aprueba y regula el Sistema de Información de Actuaciones Administrativas de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias (en adelante, SICAC) establece que, cuando sea necesario, las actuaciones administrativas incorporadas al SICAC deberán contar con formularios o modelos normalizados de solicitud de inicio (artículo 6.1). Asimismo dispone que la incorporación en el SICAC de los formularios o modelos normalizados, acompañada de la publicación en la sede electrónica de la correspondiente actuación administrativa, se entiende suficiente para que el formulario sea plenamente válido, sin necesidad de su publicación en el Boletín Oficial de Canarias, salvo que la normativa específica así lo exija (artículo 6.3). Además detalla el contenido de los formularios normalizados (artículo 7).

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 4 del referido Decreto 37/2015, de 27 de marzo, corresponde a los centros directivos de la Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Canarias y sus organismos públicos dependientes la identificación y actualización de la información correspondiente a las actuaciones administrativas de su competencia, siendo, conforme al artículo 6.4 del citado Decreto, responsabilidad de los órganos competentes para la tramitación de las actuaciones administrativas, la elaboración y aprobación de los formularios o modelos normalizados y su inclusión en el SICAC.

En su virtud y en el ejercicio de las competencias atribuidas,

RESUELVO:

Primero.- Aprobar los modelos normalizados en materia de prestación ortoprotésica suplementaria ambulatoria que se relacionan a continuación y que figuran en el anexo de la presente resolución:

- Solicitud de prestación ortoprotésica suplementaria ambulatoria (Código SICAC 4117-CPA 3979).

- Informe médico de prescripción de material ortoprotésico de prestación suplementaria ambulatoria a pacientes del Servicio Canario de la Salud.

Segundo.- Ordenar la incorporación al SICAC del modelo normalizado de solicitud relacionado en el anexo, que se corresponde con el procedimiento incluido en el SICAC y su publicación en el Boletín Oficial de Canarias.

Tercero.- Ordenar la incorporación a los aplicativos informáticos Sipre y Drago AE del modelo normalizado de informe médico de prescripción de material ortoprotésico de prestación suplementaria ambulatoria a pacientes del Servicio Canario de la Salud, aprobado mediante la presente resolución.

Las Palmas de Gran Canaria, a 10 de abril de 2015.- La Secretaria General, María Dolores Alonso Álamo.



ANEXO

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA SUPLEMENTARIA AMBULATORIA

Nº DE EXPEDIENTE:

DATOS DEL SOLICITANTE - TITULAR DEL DERECHO A LA ASISTENCIA:

APELLIDOS

NOMBRE

Nº TARJETA SANITARIA

N.I.F.

DATOS DEL BENEFICIARIO: (Rellenar en caso de no coincidir el solicitante y el beneficiario de la prestación)

APELLIDOS

NOMBRE

Nº TARJETA SANITARIA

N.I.F.

PARENTESCO CON EL SOLICITANTE

EDAD

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL:

APELLIDOS

NOMBRE

NIF/NIE

DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN

DOMICILIO (Tipo de vía)

CÓDIGO POSTAL

LOCALIDAD

ISLA

E-MAIL

TELÉFONOS

DATOS RELATIVOS A LA SOLICITUD (MARCAR LO QUE PROCEDA) SE SOLICITA EL REINTEGRO DE GASTOS POR MATERIAL ORTOPROTÉSICO SE SOLICITA EL ENDOSO DEL IMPORTE DE LA PRESTACIÓN

IMPORTE SOLICITADO

€

MARQUE LO QUE PROCEDA: AUTORIZO NO AUTORIZO

A la Dirección de Área de Salud para recabar los datos y documentos que obren en poder de las distintas Administraciones Públicas que sean necesarios para la resolución de la presente solicitud. En caso de no autorizar, deberá aportar copia de la/s tarjeta/s sanitaria/s y se le requerirá la documentación que sea precisa para la resolución de la presente solicitud.

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

(Firma)

DOCUMENTACIÓN QUE APORTA: (Marque con una "X" la documentación que aporta)

GENERAL
<input type="checkbox"/> Prescripción del material ortoprotésico realizada por médico de atención especializada del Servicio Canario de la Salud / inspector médico de servicios sanitarios del SCS / si el paciente estuviera a cargo del SCS en hospitales de otras Administraciones o concertados, la prescripción ha de ser efectuada por médico especialista adscrito a dichos centros; la prescripción ha de consignar el código del artículo correspondiente según el Catálogo general de material ortoprotésico vigente - según modelo normalizado-
<input type="checkbox"/> Informes Clínicos complementarios para aquellos artículos en que así lo establezca el vigente Catálogo General de Material Ortoprotésico
<input type="checkbox"/> Presupuesto original de la ortopedia, para aquellos artículos en que así lo establezca el vigente Catálogo General de Material Ortoprotésico
<input type="checkbox"/> Factura original de la ortopedia, que cumpla con los requisitos exigidos en la normativa vigente
<input type="checkbox"/> Fotocopia del D.N.I./N.I.E., vigentes, anverso y reverso del solicitante
<input type="checkbox"/> Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria del solicitante y del beneficiario, si no coinciden y en caso que no autoricen la consulta
<input type="checkbox"/> Documento de Alta - Modificación de datos de Terceros debidamente diligenciado

SOLICITUD POR MEDIO DE REPRESENTANTE LEGAL
<input type="checkbox"/> Fotocopia del D.N.I./N.I.E., vigentes, anverso y reverso del representante
<input type="checkbox"/> Pasaporte (solo en ausencia del D.N.I./N.I.E.)
<input type="checkbox"/> Documento que acredite la representación legal (Libro de familia, sentencia judicial de incapacitación, poder notarial o documento privado de representación)

PARA AUTORIZAR EL ENDOSO DEL MATERIAL ORTOPROTÉSICO
<input type="checkbox"/> Documento autorizando el endoso firmado por el titular y aceptado por el endosatario
<input type="checkbox"/> Documento de Alta - Modificación de datos de Terceros debidamente diligenciado del endosatario (si se solicita por primera vez o se desea modificar los datos)

PROTECCIÓN DE DATOS

Se le informa que los datos aportados mediante la cumplimentación de este impreso y demás documentos que se adjuntan se utilizarán con la finalidad de gestionar su solicitud, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección de Área de Salud del Servicio Canario de la Salud.

DIRECCIÓN DE ÁREA DE SALUD DE
SERVICIO CANARIO DE LA SALUD

**INFORME MÉDICO DE PRESCRIPCIÓN DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO DE PRESTACIÓN SUPLEMENTARIA AMBULATORIA A PACIENTES DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD****DATOS PERSONALES DEL PACIENTE (rellenar o adherir etiqueta con los datos del paciente)**

APELLIDOS	<input type="text"/>	NOMBRE	<input type="text"/>
Nº TARJETA SANITARIA	<input type="text"/>	N.I.F.	<input type="text"/>
DOMICILIO (Tipo de vía)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CÓDIGO POSTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
MUNICIPIO	<input type="text"/>	ISLA	<input type="text"/>
		TELÉFONO	<input type="text"/>

DATOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO	<input type="text"/>	CÓDIGO CIE	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ACC. TRÁFICO	<input type="checkbox"/> ACC. TRABAJO	<input type="checkbox"/> ENF. COMÚN	<input type="checkbox"/> OTROS
(Señalar con una X lo que proceda)			
JUSTIFICACIÓN ANATÓMICA/FUNCIONAL DE LA PRESCRIPCIÓN			
<input type="text"/>			

PRESCRIPCIÓN DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO: (Ajustada al Catálogo General)

DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO	CÓDIGO(S) SEGÚN CATÁLOGO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

MÉDICO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA/ INSPECTOR MÉDICO DE SERVICIOS SANITARIOS DEL SCS	SELLO CIAS, FECHA Y FIRMA	NOMBRE Y SELLO DEL HOSPITAL
Apellidos y nombre y número de colegiado	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		

EN CASO DE PRESCRIPCIÓN DE SILLAS DE RUEDAS ELÉCTRICAS RELLENAR TAMBIEN LOS SIGUIENTES DATOS :

En caso de prescripción de sillas de rueda con motor eléctrico y dirección eléctrica (código 12 21 27) para pacientes con limitaciones funcionales graves del aparato locomotor por enfermedad, malformación o accidente, una vez reconocido el paciente, informo que cumple todos y cada uno de los requisitos siguientes:

- Incapacidad permanente para la marcha independiente
- Incapacidad funcional permanente para la propulsión de sillas de ruedas manuales con las extremidades superiores.
- Suficiente capacidad visual, mental y de control que les permita el manejo de sillas de ruedas eléctricas y ello no suponga un riesgo añadido para su integridad o de las otras personas.

SELLO CIAS DEL MÉDICO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA ACTUANTE, FECHA Y FIRMA (a estampar por facultativo)

--

INFORME COMPLEMENTARIO (si procede)

--

SELLO CIAS DEL MÉDICO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA ACTUANTE, FECHA Y FIRMA (a estampar por facultativo)

--

Informe visado de la inspección médica previo a la dispensación: (artículos de especial prescripción, artículos determinados de interés por la Secretaría General del SCS y artículos prescritos por facultativos especialistas de centros hospitalarios de otras Administraciones Públicas o de titularidad privada incluidos en la Red hospitalaria de utilización pública)

A la vista de la información sanitaria que antecede, se propone la financiación del material ortoprotésico solicitada.

CONFORME

SÍ

NO

Marcar la opción elegida

Sello identificativo del Inspector Médico actuante, fecha y firma

En caso de disconformidad con la propuesta, se cumplimenta informe motivado de la Inspección.

INFORME DESFAVORABLE MOTIVADO DE LA INSPECCIÓN

Sello identificativo del Inspector Médico actuante, fecha y firma

