



Nº Procedimiento

120055

Código SIACI

SL7I

ANEXO I

**Alta o baja en el procedimiento de adhesión al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha de establecimientos dispensadores de material ortoprotésico.**

**DATOS DEL SOLICITANTE**

(si actúa en calidad de representante, lo deberá acreditar legalmente)

Nombre y apellidos:		DNI/CIF:	
Establecimiento de ortopedia/audioprótesis:		Domicilio:	
Localidad:	Provincia:	Cód.Postal:	Correo electrónico:

**EXPONE**

1. Que cumple todos los requisitos exigidos en la Instrucción Segunda, de las Instrucciones dictadas en fecha 11 de marzo de 2019, por la Directora Gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, en las que se establece el procedimiento de adhesión de establecimientos dispensadores de material ortoprotésico en Castilla-La Mancha.
2. Que se adjunta la documentación exigida en la Instrucción Tercera, de la norma referida en el apartado anterior.
3. Que se compromete a respetar las disposiciones y las exigencias establecidas en la normativa reguladora de la protección de datos de carácter personal.
4. Que se compromete a mantener el cumplimiento de la normativa vigente durante el tiempo de adhesión, comunicando los cambios que se produzcan.
5. Que autoriza las actuaciones de comprobación a efectuar por los servicios de inspección y aportar cuanta información y documentación le sea requerida.

**SOLICITA**

- La adhesión al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, como establecimiento dispensador de material ortoprotésico y su inscripción en el registro de establecimientos dispensadores de dicho material.
- La baja como establecimiento dispensador de material ortoprotésico, así como en el registro de establecimientos dispensadores de dicho material.

**AUTORIZACIONES**

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha va a proceder a verificar los siguientes datos, salvo que usted no lo autorice expresamente a continuación:

- NO Los datos acreditativos de identidad.
- NO Autorización sanitaria de apertura y puesta en funcionamiento, según lo dispuesto en el Decreto 13/2002, de 15 de enero, de autorizaciones administrativas de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- NO Inscripción del centro, en el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.
- NO Licencia de funcionamiento, según dispone la Orden de 18-05-2004, de la Consejería de Sanidad, en el caso de que la ortopedia lleve a cabo además la actividad de fabricación a medida.



Castilla-La Mancha

En caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.

**Documentación que se adjunta:**

- Acreditativa de la representación que ostenta el solicitante, en su caso.
- Copia de la póliza del seguro de responsabilidad civil.

**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.

**INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

<b>Responsable</b>	Dirección General de Asistencia Sanitaria.
<b>Finalidad</b>	Gestión de prestaciones sanitarias
<b>Legitimación</b>	Ejercicio de poderes públicos – Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización
<b>Destinatarios</b>	Existe cesión de datos
<b>Derechos</b>	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.
<b>Información adicional</b>	Puede solicitarla en la dirección de correo: <a href="mailto:protecciondatos@jccm.es">protecciondatos@jccm.es</a>

En                      a                      de                      de

(Firma)

**DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA DEL SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA. Código DIR. A08015065.**

**Anexo II****DOCUMENTO DE PRESCRIPCIÓN DE PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA**

<b>PACIENTE</b>		
Apellido 1º:	Apellido 2º:	Nombre:
D.N.I. nº:	Edad:	TSI:

<b>DOMICILIO</b>				
Calle/Plaza:	Nº:	Piso:	Letra:	
Código postal:	Localidad:	Teléfono:		

<b>DIAGNÓSTICO Y JUSTIFICACIÓN ANATÓMICO/FUNCIONAL</b>

<b>PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA SOLICITADA</b>	<b>CÓDIGO</b>

<b>NECESIDAD DE ADAPTACIÓN (Modificaciones a realizar ) (1)</b>	<b>VISTO BUENO</b> (Fecha, firma del facultativo prescriptor)
(Fecha y firma facultativo prescriptor)	

<b>FACULTATIVO ESPECIALISTA</b> (Fecha, sello, Cías. y firma del facultativo prescriptor)	<b>MOTIVO DE LA PRESCRIPCIÓN</b>
	Accidente trabajo
	Enfermedad profesional
	Enfermedad común
<b>Especialidad:</b> <b>Fecha revisión:</b>	Accidente no laboral
	Accidente de tráfico
	Otro (especificar) _____

<b>PRODUCTO DE ESPECIAL CONTROL Y PRESCRIPCIÓN (2):</b> Cuando se prescriban productos o artículos anotados en el catálogo como "Especial Prescripción" debe adjuntarse informe clínico justificativo.
<b>INFORME DE INSPECCIÓN</b>
<input type="checkbox"/> Favorable
<input type="checkbox"/> Desfavorable (causas):
Fecha y firma:

(1) Las instrucciones sobre las necesidades de adaptación deben ser muy claras y en las mismas se deben hacer constar las posibles alergias y aspectos constitucionales de/la paciente. Después de su realización deben ser verificadas por el F.E.A prescriptor.

(2) CIRCUITO PARA LA SOLICITUD DEL INFORME INSPECCIÓN: F.E.A realiza prescripción →Servicio de Atención al paciente → Servicio de Inspección→domicilio del paciente→establecimiento dispensador.

**OBSERVACIONES:** -Las sillas de ruedas eléctricas sólo pueden ser prescritas por F.E.A. en Rehabilitación. En el informe clínico justificativo debe indicarse claramente si el paciente cumple todos y cada uno de los requisitos establecidos para este artículo, en el anexo VI del Real Decreto 1030/2006, que establece la cartera de servicios comunes del S.N.S.

## Anexo III

## JUSTIFICANTE DE DISPENSACIÓN DE MATERIAL ORTOPROTÉSICO

## PACIENTE

Apellido 1º.

Apellido 2º.

Nombre:

D.N.I. nº:

NASS:

Fecha de prescripción:

Fecha emisión compromiso de pago:

## PRODUCTO DISPENSADO

## CÓDIGO

## OBSERVACIONES

## PERSONAL QUE DISPENSA EL PRODUCTO

Nombre, apellidos:

DNI:

Firma:

FECHA DE LA DISPENSACIÓN:

## USUARIO QUE RETIRA EL PRODUCTO

Nombre, apellidos:

DNI:

Firma de conformidad a la dispensación(1):

CÓDIGO Y SELLO DEL ESTABLECIMIENTO  
DISPENSADOR

CANTIDAD FINANCIADA POR SESCAM

APORTACIÓN DEL USUARIO

(1) A realizar después de que el facultativo prescriptor haya dado el Vº Bº al material ortoprotésico prescrito).