

RESOLUCIÓN DEL DIRECTOR GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS SOBRE INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN DEL REAL DECRETO-LEY 16/2012, DE 20 DE ABRIL, DE MEDIDAS URGENTES PARA GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y MEJORAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE SUS PRESTACIONES, EN MATERIA DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

 GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT
Registre General

ÍNDICE

Data - 5 JUN. 2012

EIXIDA 26703

Preámbulo	
Instrucción 1º	Objeto y ámbito
Instrucción 2º	Asignación y acceso del Régimen de Asistencia Farmacéutica (RAF)
Instrucción 3º	Actualización de las condiciones de financiación de los productos farmacéuticos incluidos en el ámbito de la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud
Instrucción 4º	Prescripción en recetas médicas oficiales del Sistema Nacional de Salud
Instrucción 5º	Dispensación de recetas médicas oficiales del Sistema Nacional de Salud
Instrucción 6º	Facturación de recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud por las oficinas de farmacia
Instrucción 7º	Conciliación y reembolso
Instrucción 8º	Aportación en los centros de asistencia social
Instrucción 9º	Medicamentos y productos sanitarios no financiados y prescripciones en condiciones diferentes a las establecidas en ficha técnica
Instrucción 10º	Actividades de formación e información
Instrucción 11º	Infracciones y ajustes de interés en el ordenamiento jurídico vigente
Instrucción Final	Entrada en vigor
Anexo I	Aportaciones y topes máximos mensuales del asegurado en materia de prestación farmacéutica
Anexo II	Régimen de aportación farmacéutica (RAF)
Anexo III	Estructura y codificación para la aplicación del RDL 16/2012 en el proceso de dispensación y facturación de recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud.
Anexo IV	Formulario de solicitud de reembolso por sobreaportación mensual

PREÁMBULO

El Real Decreto-Ley (RDL) 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, en materia de prestación farmacéutica ha adoptado un conjunto de medidas urgentes para el sistema sanitario público que garanticen su futuro ante la grave dificultad económica sin precedentes desde la creación del Sistema Nacional de Salud.

Por una parte, el principio de austeridad y de racionalización en el gasto sanitario público en la oferta de medicamentos y productos sanitarios ha devenido en una actualización del vigente sistema de aportación por parte del usuario. Por otra parte, se incorporan mecanismos de compensación bajo la figura del reembolso del importe de las aportaciones que excedan los topes mensuales máximos.

No menos importante resulta la adecuación terapéutica a la duración real de los tratamientos siendo uno de los temas en los que el RDL ha querido poner mayor énfasis. Así, los últimos datos de gestión medioambiental de residuos de medicamentos ponen de manifiesto los preocupantes costes de medicamentos desechados sin utilizar o de unidades excedentes de las pautas terapéuticas establecidas, que alcanzan en la Comunidad Valenciana cifras superiores a los ciento veintitrés millones de euros anuales.

La nueva redacción de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios, impone un conjunto de subsistemas y utilidades a los sistemas de prescripción electrónica, que al menos, en el marco del sistema de información sanitario ambulatorio (Abucasis) y de los sistemas desarrollados por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Agencia Valenciana de Salud incluyen todas las opciones impulsadas por el RDL. Será necesaria la revisión de todos

los sistemas de prescripción hospitalarios para su adaptación a los requerimientos normativos.

La Instrucción quinta de la Resolución de 3 de octubre de 2011 de la Secretaria Autonómica para la Agencia Valenciana de Salud ya imponía la utilización intensiva y completa del sistema de información ambulatorio de la Agencia Valenciana de Salud dictando órdenes en relación a que todas las prescripciones de recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud realizadas en la Agencia Valenciana de Salud se realizarán a través del Sistema de Información Ambulatorio, salvo por causa de imposibilidad manifiesta de disponer de los medios tecnológicos para realizar la misma, acreditándose esta situación por la Dirección del Departamento de Salud correspondiente.

La presente Resolución insiste en la imprescindible utilización del Sistema de Información Ambulatorio dado que sumamos un nuevo efecto por la eliminación del color de las recetas informatizadas atendiendo al artículo 4.1 del Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. Las Administraciones y organismos competentes del Sistema Nacional de Salud podrán acordarse suprimir la diferenciación por colores de los distintos regímenes, debiendo garantizar en cualquier caso, la inequívoca identificación del régimen de pertenencia del paciente, a efectos de dispensación, cobro de la aportación correspondiente y facturación.

La utilización intensiva y completa del sistema de información por los profesionales sanitarios de la Agencia Valenciana de Salud viene reforzada por la Ley 11/2007, de 22 de junio, de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos (art. 27.6) y la Ley 3/2010, de 5 de mayo, de administración electrónica de la Comunidad Valenciana (art. 28.2), indicando que reglamentariamente se podrá establecer la obligatoriedad de utilización exclusivamente de medios electrónicos cuando se tenga garantizado el acceso y disponibilidad de medios tecnológicos precisos.

El conjunto de instrucciones de la presente Resolución, tienen apoyo en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, donde en su artículo 19 regula, entre otros, el deber de los profesionales estatutarios de cumplir con diligencia las instrucciones, prestar colaboración profesional cuando así sea requerido por las autoridades como consecuencia de la adopción de medidas especiales por razones de urgencia o necesidad, así como cumplimentar los registros, informes y demás documentación clínica o administrativa establecidos en la correspondiente servicio autonómico de salud.

El diseño propuesto por la Conselleria de Sanitat en la presente Resolución para atender tanto a las nuevas condiciones de aportación de los asegurados como a las nuevas directrices en materia de uso racional de los recursos farmacéuticos permite una rápida implantación de las medidas adoptadas, evita inversiones en nuevas tarjetas sanitarias y evita gastos en nuevas modalidades de recetas en papel.

El Estatuto de Autonomía otorga competencias exclusivas en ordenación farmacéutica y servicios sociales (artículos 49.1.12 y 49.1.24), así como competencias exclusivas en la organización, administración y gestión de todas las instituciones sanitarias públicas dentro del territorio de la Comunitat Valenciana (artículo 54). Por todo lo expuesto en los párrafos anteriores, en virtud de las competencias que me otorga el Decreto 111/2011, de 2 de septiembre, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanitat y se modifica el Decreto 25/2005, de 4 de febrero, del Consell, por el que se aprueban los estatutos reguladores de la Agencia Valenciana de Salud, se emiten las siguientes:

INSTRUCCIONES

INSTRUCCIÓN 1ª. OBJETO Y AMBITO

1. Las presentes Instrucciones contienen las directrices para facilitar la aplicación del RDL 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, en particular, en materia de prestación farmacéutica y dietoterapéutica en el ámbito de la Agencia Valenciana de Salud.

2. Las directrices de las presentes Instrucciones abarcan actuaciones en las siguientes líneas:

- a) Asignación y acceso del régimen de asistencia farmacéutico (RAF)
- b) Actualización de las condiciones de financiación de los productos farmacéuticos
- c) Prescripción y dispensación de recetas médicas oficiales
- d) Facturación de recetas médicas oficiales
- e) Conciliación y reembolso
- f) Actividades de formación e información

INSTRUCCIÓN 2ª. ASIGNACIÓN Y ACCESO AL RÉGIMEN DE ASISTENCIA FARMACÉUTICA (RAF)

1. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad tratará los datos obrantes imprescindibles para determinar la cuantía de la aportación de los beneficiarios en prestación farmacéutica y comunicará a la Conselleria de Sanitat el dato relativo al nivel de aportación en prestación farmacéutica que corresponda a cada usuario determinando su Código de Clasificación de Tarjeta Sanitaria Individual (CCTSI) y el tope legal de aportación mensual (TAM)

2. Los ciudadanos de la Comunitat Valenciana dispondrán en el Sistema de Información Poblacional (SIP) de los registros actualizados sus derechos en relación a la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud atendiendo a la codificación **Anexo I** de la presente Resolución. El Régimen de Aportación Farmacéutica (RAF) de cada ciudadano viene caracterizado por un porcentaje de aportación determinando por el Código de Clasificación de Tarjeta Sanitaria Individual (CCTSI) y un tope legal mensual de aportación aplicable (TAM).

3. En los supuestos de prescripción o dispensación de productos farmacéuticos financiados donde siendo posible la identificación del régimen del asegurado (mediante un documento oficial al efecto) no se dispongan de las condiciones de acceso tecnológicas para determinar el RAF del asegurado, y en tanto en cuanto no se establezcan unas pautas de actuación comunes en el Sistema Nacional de Salud, a los efectos de determinar el porcentaje aportación se aplicará por defecto un 10% para los asegurados pensionistas y un 60 % para los asegurados activos.

INSTRUCCIÓN 3ª. ACTUALIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE FINANCIACIÓN DE LOS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS INCLUIDOS EN EL ÁMBITO DE LA CARTERA COMUN SUPLEMENTARIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. La cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria incluyendo la prestación farmacéutica, ortoprotésica y dietética.

2. Para la cartera común suplementaria el porcentaje de aportación del usuario se regirá por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica tomando como base de cálculo el precio del producto.

3. A partir del 1 de julio de 2012 se aplicarán los porcentajes regulados para la prestación farmacéutica para los productos dietoterapéuticos y tiras reactivas

de determinación de glucosa en sangre. En tanto en cuanto no se den las directrices en esta materia por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se aplicarán a estos productos la condición de aportación reducida del artículo 94.bis.6.a de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

4. A partir del 1 de julio de 2012, en tanto y cuanto no se den las directrices en esta materia por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se aplicarán las condiciones de aportación reducida del artículo 94.bis.6.a de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios en las siguientes situaciones:

- a) Tuberculosis
- b) SIDA
- c) Hipercolesterolemia familiar heterocigótica

INSTRUCCIÓN 4ª. PRESCRIPCIÓN EN RECETAS MÉDICAS OFICIALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. A los efectos de facilitar el acceso al RAF de los asegurados del Sistema Nacional de Salud así como el cálculo de la aportación final a realizar en cada receta médica oficial se deberá utilizar sin excepción el sistema de información ambulatorio (Sia/Gaia) de la Agencia Valenciana de Salud en todos sus centros sanitarios.

2. El Gestor de Prestación Farmacéutica Gaia calculará la aportación por cada receta de productos farmacéuticos financiados teniendo presente:

- a) El RAF del asegurado
- b) Los límites de control mensual establecidos en el sistema de información

3. En los departamentos y zonas de salud **con servicios de receta electrónica** el Gestor de Prestación Farmacéutica Gaia generará una hoja de

tratamientos vigentes con el detalle de cada uno de los tratamientos vigentes para cada paciente. En el momento en que el paciente en la oficina de farmacia solicita las dispensaciones pendientes, la aportación correspondiente a cada envase será calculada por el Gestor de Prestación Farmacéutica Gaia atendiendo al apartado 4.d de la presente Instrucción y comunicadas electrónicamente.

4. En los departamentos y zonas de salud que no dispongan de servicios de receta electrónica y la impresión de recetas informatizadas en soporte de papel se realicen por el Gestor de Prestación Farmacéutica Gaia (Abucasis):

- a) Las recetas en formato de papel informatizadas se realizarán, a partir del 1 de octubre de 2012, sobre un formato único de color (color gris en los bordes sombreados) consignándose en diagonal una leyenda (en la zona destinada al cupón precinto) con el CCTIS asignado al paciente y, en su caso, el término "CON APORTACION". El formato de las recetas se acomodarán a los preceptos del Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. A partir del 1 de enero de 2013 todas las recetas oficiales informatizadas del Sistema Nacional de Salud prescritas en el ámbito de la Agencia Valenciana de Salud deberán acomodarse a este formato.
- b) En la parte superior derecha de las recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud se incluirán los códigos alfanuméricos (CCTIS) que identifican las condiciones de cada asegurado a efectos de la aportación de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (**Anexo II**).
- c) La receta incluirá la determinación de la cantidad a aportar por el asegurado en función de su RAF y del límite mensual determinado.
- d) En los supuestos de prescripciones a asegurados pensionistas, la sobreaportación mensual final se calcula sobre el total de las dispensaciones realizadas mensualmente en los diferentes circuitos

vigentes en dispensación electrónica y dispensación manual. A los efectos de evitar montantes económicos elevados en la cantidad a reembolsar, una vez alcanzado el límite mensual de aportación (concepto diferente al TAM) no se realizarán más aportaciones económicas durante el resto de días del mes en curso.

- e) Por parte de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Agencia Valenciana de Salud se tomarán las medidas necesarias para el acceso a la aplicación PECME (programa de estudios clínicos de medicamentos) atendiendo a lo preceptuado en el artículo 85.bis.1 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- f) En el **Anexo I** se adjunta una aproximación de una receta médica oficial incorporando las novedades descritas en este apartado.

5. En los departamentos y zonas de salud **que no dispongan de servicios de receta electrónica** y se realice una prescripción en recetas en soporte de papel manuscritas:

- a) El formato de las recetas se acomodarán progresivamente a los preceptos del Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, manteniéndose el color preceptuado en la referenciada norma.
- b) En la parte superior derecha de las recetas se incluirán los códigos alfanuméricos (CCTIS) que identifican las condiciones de cada asegurado a efectos de la aportación de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud (**Anexo I**).

6. En los centros sanitarios de la Agencia Valenciana de Salud solo se utilizarán recetas manuscritas en situaciones de emergencia o por imposibilidad de medios tecnológicos para generar la misma.

INSTRUCCIÓN 5ª. DISPENSACIÓN DE RECETAS MÉDICAS OFICIALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1. En la dispensación de recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud se distinguirán dos escenarios en función de la presencia de los servicios de receta electrónica en cada zona sanitaria. En general:

a) En las zonas con servicios de receta electrónica todas las dispensaciones de recetas electrónicas, recetas informatizadas y recetas manuscritas se realizan por el sistema de receta electrónica. El sistema electrónico permite el conocimiento del RAF del asegurado mediante la utilización previa de la tarjeta SIP aplicándose en el momento de la dispensación el cálculo de la aportación establecido en la Instrucción Cuarta 4.d de la presente Resolución. Los procesos descritos en este apartado están contenidas en el marco del actual Concierto con las corporaciones farmacéuticas de junio de 2004, Anexo A Apartados A.3.3 y Anexo V apartado 2.1.1 (dispensación electrónica de productos farmacéuticos prescritos en receta electrónica); Anexo A Apartado 3.3.4 y Apartado V 2.1.2 (dispensación electrónica de productos farmacéuticos prescritos en soporte de papel), así como en la Adenda al Concierto de 9 de enero de 2008.

b) En las zonas sin servicios de receta electrónica solo se aplicarán las condiciones descritas en la Instrucción Cuarta 4.d a las recetas impresas del Gestor de Prestación Farmacéutica Gaia ajustándose el cobro a la cantidad de aportación impresa en la receta médica oficial. Para el resto de recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud, dado que las oficinas de farmacia no disponen de mecanismo tecnológicos para determinar la aportación del asegurado, en todos los casos y previa comprobación de la acreditación del asegurado del derecho a prestación farmacéutica del Sistema Nacional de

Salud, la cantidad económica de aportación del paciente vendrá determinada por la Instrucción Primera punto 3 de la presente Resolución (en las recetas de asegurados pensionistas una aportación del 10% y de asegurados activos del 60%), ajustándose posteriormente por la Agencia Valenciana de Salud el montante de la aportación a la conciliaciones trimestral descrita en la Instrucción de la presente Resolución. Todo ello en el marco del Anexo A apartado B.1 del Concierto con las corporaciones farmacéuticas de junio de 2004.

2. En departamentos y zonas de salud **con servicios de receta electrónica**:
- a) En la dispensación de receta electrónicas, la utilización de la tarjeta SIP permite el acceso y dispensación de productos farmacéuticos prescritos por el Gestor de Prestación Farmacéutica Gaia. La aportación correspondiente al asegurado será comunicada por el sistema electrónico a la oficina de farmacia en el momento que se realizar la dispensación.
 - b) En la dispensación de recetas informatizadas por sistemas NO Abucasis o manuscritas a ciudadanos con tarjeta SIP, la utilización de la tarjeta SIP inicia una conexión con el sistema electrónico de la Agencia Valenciana de Salud que permite mecanizar las recetas (capturando el número de receta y código nacional del producto dispensado). La aportación correspondiente al asegurado será comunicada por el sistema electrónico a la oficina de farmacia en el momento que se realice la dispensación.
 - c) En la dispensación de recetas informatizadas por sistemas NO Abucasis o manuscritas a ciudadanos sin tarjeta SIP que acrediten su derecho a la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud:
 - El sistema electrónico permite la utilización de las tarjetas sanitarias de otros servicios de salud autonómicos: en estas situaciones se procederá como los apartados a) y

b) anteriores. La aportación correspondiente al asegurado será comunicada por el sistema electrónico a la oficina de farmacia en el momento que se realice la dispensación.

- Cuando no sea posible la lectura de la tarjeta sanitaria o documento oficial que acredita el derecho a la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud: dado que no es posible conocer el RAF correspondiente al asegurado, se procederá a aplicar las aportaciones descritas en el Instrucción Segunda Apartado Tercero (en las recetas de asegurados pensionistas una aportación del 10% y de asegurados activos del 60%).

3. En departamentos y zonas de salud que no disponen de servicios de receta electrónica:

- a) En la dispensación de recetas informatizadas por el Gestor de Prestación Farmacéutica Gaia la cantidad económica correspondiente a la aportación estará impresa en la receta médica oficial.
- b) Para el cálculo de la cuantía de la aportación en la dispensación de recetas informatizadas por sistemas NO Abucasis o manuscritas, dado que no es posible conocer el RAF correspondiente al paciente, se procederá a aplicar los porcentajes descritos en el Instrucción Segunda Apartado Tercero de la presente Resolución (en las recetas de asegurados pensionistas una aportación del 10% y de asegurados activos del 60%)

4. Al dispensar un medicamento, las oficinas de farmacia deberán emitir siempre un recibo en el que se haga constar el nombre del medicamento, su precio de venta al público y la aportación del paciente, atendiendo al mandato del artículo 15.4 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Los recibos deberán ser

conservados por los asegurados, al menos, a los efectos de reclamaciones derivadas de los procesos de cálculos del reembolso.

5. En las zonas con servicios de receta electrónica en situaciones de contingencia se capturará el CCTIS de la “hoja de tratamientos vigentes” aplicando los porcentajes de aportación. En el supuesto que la referenciada “hoja de tratamientos vigentes” no incorpore el CCTIS se procederá a aplicar los porcentajes descritos en el Instrucción Segunda Apartado Tercero de la presente Resolución (en las recetas de asegurados pensionistas una aportación del 10% y de asegurados activos del 60%)

INSTRUCCIÓN 6ª. FACTURACIÓN DE RECETAS OFICIALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD POR LAS OFICINAS DE FARMACIA

1. Todas las recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud que se dispensen y facturen a la Agencia Valenciana de Salud deberán ser mecanizadas siguiendo las directrices establecidas en la Instrucción Quinta de la presente Resolución. Mensualmente se entregarán por las corporaciones farmacéuticas:
 - El fichero mensual de facturación de recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud
 - El fichero mensual de dispensaciones e identificación de asegurados.

2. El fichero mensual de **facturación de recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud** incorporará dos campos adicionales a la estructura actual del fichero de facturación que permitan realizar las comprobaciones y validaciones mensuales automatizadas tanto por las oficinas de farmacia como por la Agencia Valenciana de Salud. **(Anexo III)**

3. El fichero mensual de **dispensaciones e identificación de usuarios (Anexo III)** incorporará todas las dispensaciones e identificaciones de usuarios asociados al número de la receta médica oficial (en base al Anexo A Apartado III Sección D y Anexo A Apartado IV Sección D B.1 del Concierto con las

corporaciones farmacéuticas de 2004). Con carácter general:

- a) En las dispensaciones en zonas con servicios de receta electrónica, el sistema de información de la Agencia Valenciana de Salud proporcionará un servicio de traducción de la banda magnética de la tarjeta sanitaria individual de tal manera que proporciona el CITE y el código de identificación personal (CIP) correspondiente a cada paciente.
- b) En las dispensaciones en zonas sin servicios de receta electrónica, los profesionales de las oficinas de farmacia deberán Introducir o seleccionar a mano el código CITE (correspondiente a la Comunidad Autónoma o País del asegurado) y posteriormente el código CIP (bien por lectura de la tarjeta sanitaria o manualmente).

INSTRUCCIÓN 7ª. CONCILIACIÓN Y REEMBOLSO

1. Los sistemas de control de calidad del Gestor de Prestación Farmacéutica Gaia analizarán mensualmente los registros de facturación mensual por receta oficial del Sistema Nacional de Salud a los efectos de comprobar la correcta aplicación de los porcentajes de aportación así como para calcular el saldo mensual a rembolsar a cada ciudadano sobre el total de recetas dispensadas en el conjunto de oficinas de farmacia de la Comunitat Valenciana. Los cálculos se realizan tanto para el grupo de productos incluidos en prestación farmacéutica como para el grupo de prestación dietoterapéutica.

2. El cálculo del saldo mensual se realizará sobre los medicamentos realmente dispensados en un mes, tanto por vía electrónica como convencional. A los efectos de determinar la fecha de dispensación de un envase, a partir del **fichero mensual de dispensación e identificación de los asegurados** serán de aplicación las siguientes reglas:

- a) Si la receta ha sido dispensada por el sistema de dispensación electrónica (receta informatizada o manuscrita) se dispone de la fecha real de dispensación.

- b) Si la receta dispone de la fecha de dispensación registrada en el fichero mensual de dispensaciones e identificación de los asegurados se tomará esta como fecha de dispensación.
- c) Si la receta NO dispone en el fichero mensual de dispensaciones e identificación de los asegurados de una fecha de dispensación:
 - Si es una receta generada por el sistema Abucasis se asimilará la fecha de prescripción a los efectos de realizar los cálculos de conciliación.
 - Si es una receta manuscrita se asimilará el día 15 del mes correspondiente a la facturación como fecha de dispensación.

3. Trimestralmente (o con la periodicidad acordada en la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud) se procederá a calcular los saldos resultantes de la sobreaportación de un asegurado sobre los topes mensuales obtenidos en el punto anterior.

4. Con la finalidad de dotar al sistema de automatismo, periodicidad estable, transparencia y agilidad, eliminando toda la carga administrativa evitable y dado que la casuística de sobreaportación debe corresponder, en condiciones normales, con asegurados pensionistas que la Administración dispone de los datos de cuenta bancaria para proceder al pago mensual de su pensión, se procederá al abono automático, de las cuantías que superen el límite de aportación legal mensual acumulada en el trimestre, mediante ingreso directo en la cuenta bancaria en donde se tiene domiciliada la pensión. Dado el coste de una transferencia se establece una cuantía mínima a devolver fijada en siete euros. En los supuestos donde no se supera los 7 euros del periodo a reembolsar se acumularían a la cantidad del siguiente periodo de reembolso.

5. En los supuestos no contemplados en el apartado cuarto anterior o de reclamaciones sobre la aportación mensual se observará el siguiente procedimiento:

- a) El asegurado deberá solicitar el reembolso de las cantidades sobreaportadas utilizando el formulario del **Anexo IV** de las presentes Instrucciones. El formulario contendrá la cuenta bancaria donde el asegurado decida realizar la transferencia mensual. En tanto el asegurado no decida modificar la cuenta bancaria no será necesario cumplimentar ninguna solicitud y se abonará de oficio trimestralmente por la Agencia Valenciana de Salud cuando exista saldo a favor del asegurado.
- b) El formulario podrá ser presentado en cualquiera de los lugares previstos en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, dirigido a la Agencia Valenciana de Salud.

6. Las cantidades abonadas trimestralmente serán el resultante de la sobreaportación en prestación farmacéutica y dietoterapéutica. Los asegurados que deseen información de la liquidación trimestral podrán solicitarla en los centros sanitarios de la Agencia Valenciana de Salud previa presentación de su tarjeta SIP.

7. Será necesaria la presentación documental en los supuestos donde el asegurado no este conforme con la liquidación trimestral o en los supuestos de dispensaciones de recetas médicas oficiales en otras comunidades autónomas (y por tanto no se han podido realizar los ajustes mensuales por la Agencia Valenciana de Salud). El asegurado debe presentar los justificantes de los tickets de pago del gasto efectuado en una oficina de farmacia.

INSTRUCCIÓN 8ª. APORTACIÓN EN LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA Y DIETOTERAPÉUTICA EN LOS CENTROS DE ASISTENCIAL SOCIAL

1. A los residentes en centros sociosanitarios con la condición de asegurado del Sistema Nacional de Salud, en el marco de la prestación farmacéutica y

dietoterapéutica, se aplicarán las aportaciones enumerados en el RDL 16/2012 y referenciados en la presente Resolución correspondientes a la cartera común suplementaria.

2. Las aportaciones de asegurados del Sistema Nacional de Salud de recetas médicas oficiales dispensadas en oficinas de farmacia atenderán a las directrices de la Instrucción Quinta de la presente Resolución.

INSTRUCCIÓN 9º. MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS NO FINANCIADOS Y PRESCRIPCIONES EN CONDICIONES DIFERENTES A LAS ESTABLECIDAS EN FICHA TÉCNICA

1. Los medicamentos y productos sanitarios no incluidos en la financiación solo podrán ser adquiridos y utilizados por los hospitales del Sistema Nacional de Salud previo acuerdo de la comisión responsable de la cada comunidad autónoma. A tales efectos, en el marco de la Orden 1/2011, de 13 de enero, de la Conselleria de Sanidad, de ordenación de los procedimientos de evaluación de productos farmacéuticos, guías y protocolos farmacoterapéuticos interactivos, medicamentos de alto impacto sanitario y/o económico y observatorios terapéuticos en la Agencia Valenciana de Salud se constituirá un SAISE (subcomité) que aborde el cumplimiento del referenciado precepto.

2. En su nueva redacción, el artículo 85.5 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios establece que la prescripción de un medicamento para su utilización en condiciones diferentes a las establecidas en su ficha técnica deberá ser autorizada previamente por la comisión responsable de los protocolos terapéuticos u órgano colegiado equivalente en cada comunidad autónoma. La Agencia Valenciana de Salud revisará y adaptará el contenido de la Orden 15/2010, de 17 de noviembre, de la Conselleria de Sanidad, de desarrollo del Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales antes del 31 de diciembre de 2012.

INSTRUCCIÓN 10ª. ACTUACIONES FORMATIVAS E INFORMATIVAS

1. En el marco de las Comisiones de Uso Racional del Medicamentos Departamentales se establecerá un programa especial de información para todos los centros sanitarios del Departamento de Salud durante los meses de junio y julio de 2012, con especial hincapié en las modificaciones realizadas en la aportación del asegurado así como la utilización del sistema de información para la prescripción de tratamientos. Se deberá reservar la utilización de recetas médicas oficiales manuscritas para situaciones de emergencia en centros sanitarios de la Agencia Valenciana de Salud.

2. En el marco de las Comisiones de Uso Racional de Medicamentos departamentales se establecerá un programa especial de información para todos los municipios y asociaciones de ciudadanos representativas de su ámbito de influencia con especial hincapié en las modificaciones realizadas en la aportación del asegurado y los procesos establecidos para aplicar los reembolsos.

INSTRUCCIÓN 11ª. INFRACCIONES Y AJUSTES DE INTERÉS EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO VIGENTE

1. La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios establece en su artículo 101º:

a) Infracciones leves

8. No cumplimentar correctamente los datos y advertencias que deben contener las recetas normalizadas.

b) Infracciones graves

21. Incumplir, las oficinas de farmacia, las exigencias que conlleva la facturación al Sistema Nacional de Salud de los productos contemplados en esta Ley.

22. Defraudar, las oficinas de farmacia, al Sistema Nacional de Salud o al beneficiario del mismo con motivo de la facturación y cobro de recetas oficiales.

2. La Ley 6/1998, de 22 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Valenciana, en artículo 64:

b) Infracciones graves

7. El cobro de aportaciones al usuario del Sistema Nacional de Salud, distintas a las establecidas reglamentariamente.

3. El Concierto entre la Conselleria de Sanitat y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de las provincias de Alicante, Castellón y Valencia de 23 de junio de 2004, Anexo B. Sección A. 3:

A.3 "...cuando los rechaces se produzcan por diferente aportación a la legalmente establecida se procederá al ajuste de las cantidades indebidamente facturadas ..."

INSTRUCCIÓN FINAL. ENTRADA EN VIGOR

1. Las Instrucciones 9ª y 10ª entrarán en vigor al día siguiente de la publicación de esta Resolución
2. Las Instrucciones 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª, 7ª, 8ª entrarán en vigor el día 1 de julio de 2012

Valencia, 31 de mayo de 2012

EL DIRECTOR GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS

José E. Clérigues Belloch



ANEXO I
APORTACIONES Y TOPES MÁXIMOS LEGALES MENSUALES DEL
ASEGURADO EN MATERIA DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA

USUARIOS Y BENEFICIARIOS		
Renta (base liquidable general)		
PORCENTAJE SOBRE PVP		
Nivel de renta => 100.000 euros	60 %	TSI 005 APORTACION 60 %
Activos 18.000 hasta 100.000 euros	50 %	TSI 004 APORTACION 50 %
Activos < 18.000 euros	40 %	TSI 003 APORTACION 40 %
Pensionistas < 100.000 euros	10 %	TSI 002 APORTACIÓN 10 %
*** Afectados por el síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica *** Personas perceptoras de rentas de integración social *** Personas perceptoras de pensiones no contributivas *** Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación	0 %	TSI 001 EXENTOS APORTACION
*** Tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional	0 %	ATEP ACCIDENTE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL
Excluidos financiación farmacia AVS (MUFACE, MUGEJU, ISFAS, OTROS)	100 %	TSI 006 PRODUCTOS NO FINANCIADOS
PENSIONISTAS (TOPES LEGALES MÁXIMOS MENSUALES)		
=> 100.000 euros	60 euros	
=>18.000 hasta < 100.000 euros	18 euros	
< 18.000 euros	8 euros	

Podemos agrupar la tabla anterior desde la perspectiva de la aportación

		< 18.000 €	< 100.000 €	>= 100.000 €
Exento	Aportación	0%	0%	0%
	Máx mensual	-	-	-
	Código	TSI 001	TSI 001	TSI 001
Pensionista	Aportación	10%	10%	60%
	Máx mensual	8 €	18 €	60 €
	Código	TSI 002	TSI 002	TSI 005
Activo	Aportación	40%	50%	60%
	Máx mensual	-	-	-
	Código	TSI 003	TSI 004	TSI 005
Sin derecho	Aportación	100%	100%	100%
	Máx mensual	-	-	-
	Código	TSI 006	TSI 006	TSI 006

Aproximación a la impresión de una receta con nuevos caracteres:

CONSELLERIA DE SANITAT
Sistema Nacional de Salud

TRACTAMENT / TRATAMIENTO
PF 5296 - IBUPROFENO CON SAL 400 MG / 30 SOBRES
CN 735498 - ESPIDIFEN 400MG 30 SOBRES GRANULADO
Precio 3.12 - Precio Menor 4.51 (marzo/2012)

Durada tractament / Duración tratamiento
10 día(s)

Dosi / Freqüència / Dosis y Frecuencia
1 SOBRES cada 12 horas durante 10 días

Data d'emissió / Fecha de emisión
09/05/2012

INSTRUCCIONS AL PACIENT (S) (en) / INSTRUCCIONES AL PACIENTE (S) (procede)
DIAGNÒSTIC (S) (cal) / DIAGNÓSTICO (S) (procede)
TOMAR CONJUNTAMENTE CON LAS COMIDAS, DISOLVER EL CONTENIDO DEL SOBRE EN UN VASO DE AGUA

INSTRUCCIONS PER AL PACIENT
INTRUCCIONES AL PACIENTE

PACIENT / PACIENTE
TEST MANUAL NO TOCAR
PENSIONISTA PACI

CENTRO 1 PF NO TOCAR DOS RECURSOS, FAC3 MANUALES

DATA PRESCRIPCIÓ / FECHA PRESCRIPCIÓN
09/05/2012

EP0000252471

Aportación 40%:1.25 TSI003

Tipo de aportación e importe
Código de clasificación del paciente

La aportación puede modificar su valor en los supuestos de sustitución legal del medicamento

CONSELLERIA DE SANITAT MALALTIA COMUNA O ACCIDENT NO LABORAL
Sistema Nacional de Salud **ENFERMEDAD COMUNO ACCIDENTE NO LABORAL**

N. INV PRESCRIPCIÓ / PRESCRIPCIÓN
CN 735498 - ESPIDIFEN 400MG 30 SOBRES GRANULADO
PF 5296 - IBUPROFENO CON SAL 400MG / 30 SOBRES

Durada tractament / Duración tratamiento
10 día(s)

Paraxologia / Posologia
1 SOBRES cada 12 horas durante 10 días

Data d'emissió / Fecha de emisión
09/05/2012

EP0000252471

PACIENT / PACIENTE
TEST MANUAL NO TOCAR
PENSIONISTA PACI MANUALES 75
SIP: 7808900075
E. Nac: 12/04/1983

DATA PRESCRIPCIÓ / FECHA PRESCRIPCIÓN
09/05/2012

TSI003

Aportación 40%:1.25

Tipo de aportación e importe

Código de barras (clasificación paciente/importe aportación) y Código clasificación paciente

Aportación 40%:1.25

ANEXO II

RÉGIMEN DE APORTACIÓN FARMACÉUTICA (RAF)

RAF	Descripción RAF	Aportación (%)	Tope
ATEP	Accidente de trabajo	0%	
TSI 001 00	Exento de aportación	0%	
TSI 002 01	Pensionista renta <18.000€	10%	8€
TSI 002 02	Pensionista renta entre 18.000€ y 100.000€	10%	18€
TSI 003 00	Activo renta < 18.000€	40%	-
TSI 004 00	Activo renta entre 18.000€ y 100.000€	50%	-
TSI 005 03	Pensionista renta >100.000€	60%	60€
TSI 005 00	Activo renta >100.000€	60%	-
TSI 006 00	Sin financiación	100%	-

Tabla de valores del campo código de clasificación de TSI (CCTSI)

código	Descripción del código de clasificación de TSI
TSI 001	Exentos de aportación
TSI 002	Aportación de un 10%
TSI 003	Aportación de un 40%
TSI 004	Aportación de un 50%
TSI 005	Aportación de un 60%
TSI 006	Excluidos de farmacia (MUFACE, MUGEJU, ISFAS, OTROS)

Tabla de valores del campo Tope máximo legal mensual de aportación (TAM)

código	Descripción del código de tope máximo legal mensual de aportación
00	Sin límite
01	Límite de aportación mensual de 8€
02	Límite de aportación mensual de 18€
03	Límite de aportación mensual de 60€

ANEXO III
ESTRUCTURA Y CODIFICACIÓN PARA LA APLICACIÓN DEL RDL 16/2012
EN EL PROCESO DE DISPENSACIÓN Y FACTURACIÓN DE RECETAS
OFICIALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1) Estructura del fichero de facturación de recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud

La estructura del fichero de facturación se completa con dos campos:

- a) Código abreviado de RAF
- b) Aportación con límite mensual

NOMBRE	DÍGITOS	COMENTARIOS
Provincia	2	
Mes	2	
Año	2	
Número de Farmacia	4	
Paquete	4	
Régimen recetas	1	Activo / Pensionista
Código nacional	6	Código Nacional de la especialidad, efecto y accesorio, tiras reactivas de glucosa, producto de nutrición, o código de la etiqueta autoadhesiva o del sello en su caso
PVP+IVA	8	Formato 5.2
Número de envases	1	
Facultativo	8	No aplica
Tipo de aportación producto	1	
Código barras de la receta	12	
Grupo de facturación	1	
COM	7	Orden Justificantes Rele
CDG	9	Secuencial dispensación electrónica
Aportación asegurado	8	Formato 5.2
Código abreviado RAF	2	
Aportación con tope mensual	1	Si/No

2) Categorización del código de clasificación del código RAF

La estructura del fichero de facturación se completa con dos campos:

CC TSI	LEYENDA	DESCRIPCIÓN	APORT	Cod Abreviado RAF
TSI 001	TSI 001	Exento de aportación	0%	01
TSI 002	TSI 002	Pensionista 10%	10%	02
TSI 003	TSI 003	Activo 40%	40%	03
TSI 004	TSI 004	Activo 50%	50%	04
TSI 005	TSI 005	Pensionista ó Activo 60%	60%	05
TSI 006	TSI 006	Excluidos de farmacia (MUFACE, MUGEJU, ISFAS, OTROS)	100%	00
ACTIVO		Activo con RAF desconocido	60%	A
PENSIO		Pensionista con RAF desconocido	10%	P

3) Estructura del fichero de identificación de usuarios y dispensaciones mensual

Como norma general se utilizará la tarjeta SIP para la acreditación, identificación y captura de los datos de tarjeta sanitaria individual para aquellos ciudadanos que dispongan de la tarjeta sanitaria de la Comunidad Valenciana.

En los supuestos de pacientes que no dispongan de Tarjeta SIP, como norma general:

1. Introducir o seleccionar a mano el código CITE correspondiente a la Comunidad Autónoma o País a la que pertenece el paciente.
2. Recoger el código CIP (código de identificación personal) según el caso:
 - Si se trata de una tarjeta de **banda magnética legible** se capturará el contenido la banda (79 caracteres + 40 caracteres + 107 caracteres)
 - Si se trata de una tarjeta de **banda magnética no legible** se registra manualmente el CIP.

- Si se trata de tarjetas con **chip criptográfico** se registra manualmente el CIP.
 - Si se trata de tarjetas con **código de barras** se capturará mediante el lector.
 - En las **oficinas de farmacia con servicios de receta electrónica** se capturará el contenido de la banda (pista 1 y 2 en su caso). En los casos que el servicio de Conselleria no consiga devolver un código CIP, así como en los casos en que la tarjeta no posea banda magnética o esta no sea legible, se registrarán manualmente los datos correspondientes al CIP.
3. La estructura del fichero de identificación de usuarios y dispensaciones mensuales, remitido por las oficinas de farmacia, tendrá en las líneas de registro REC las siguientes variaciones (el resto de registros INIIESC, ERE, FER y FIN no tendrá cambios):

- Posición 1 a 3 Valor fijo **REC**
- Posición 4 a 11 **Fecha de dispensación** (AAAAMMDD)
- Posición 12 a 14 **Nro. de orden de receta** (contador para cada fecha)
- Posición 15 a 26 **Número de receta**
- Posición 27 a 32 **CITE**
- Posición 33 a 40 **SIP Com.Valenc**, (Si el paciente es de otras comunidades a 0)
- Posición 41 a 42 **Tipo de tarjeta**
- Posición 43 a 46 **Caducidad tarjeta**
- Posición 47 a 48 **Dígitos de control SIP** (a 0 si es de otra Com.)
- Posición 49 a 49 **Tipo de recogida de dato CIP** (1 Lectura tarjeta, 2 Código Barras, 3 Manual, 0 sin información o SIP Comunidad Valenciana)
- Posición 50 a 65 **CIP otras comunidades** (16 posiciones alfanuméricas).
- Posición 66 a 144 **Primera Pista** (a ceros si es Com. Valenciana)
- Posición 145 a 184 **Segunda Pista** (a ceros si es Com. Valenciana, o lector de 1 pista)
- Posición 185 a 291 **Tercera Pista** (a ceros si es Com. Valenciana, o lector de 1 o 2 pistas)
- Posición 292 a 298 **Aportación realmente realizada asegurado**.

ANEXO IV

PROCEDIMIENTO DE REEMBOLSO DE APORTACIÓN EN PRESTACIÓN FARMACÉUTICA Y DIETOTERAPÉUTICA

A partir del **1 de julio de 2012** se modifica la aportación en la prestación farmacéutica y dietoterapéutica de los asegurados por el Sistema Nacional de Salud en aplicación de RDL 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

La aportación del asegurado en prestación farmacéutica y dietoterapéutica tiene su base tanto en la acreditación al derecho de la prestación como en el nivel de renta del asegurado. En el caso de los asegurados pensionistas, la aportación total mensual no será conocida hasta que no se aplican los topes legales mensuales en función de la renta:

PENSIONISTAS (TOPES MÁXIMOS MENSUALES)	
Renta=> 100.000 euros	60 euros
Renta=>18.000 hasta < 100.000 euros	18 euros
Renta< 18.000 euros	8 euros

Es necesario establecer un procedimiento administrativo ágil que permita calcular y realizar los reembolsos a los asegurados por sobreaportación o errores en el cálculo de la aportación mensual en el marco de la legislación vigente, con especial observancia de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos y la Ley 3/2010, de 5 de mayo, de Administración Electrónica de la Comunidad Valenciana.

Los pacientes que precisen un producto farmacéutico financiado incluido en la prestación farmacéutica o dietoterapéutica realizarán la aportación correspondiente de cada receta médica oficial en función de su RAF (Régimen de Aportación Farmacéutica) que determina la aportación de cada asegurado en función de la renta.

Trimestralmente (o con la periodicidad acordada en la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud) se procederá a calcular los saldos resultantes de la sobreaportación de un asegurado sobre los topes mensuales obtenidos en el punto anterior.

Con la finalidad de dotar al sistema de automatismo, periodicidad estable, transparencia y agilidad, eliminando toda la carga administrativa evitable y dado que la casuística de sobreaportación debe corresponder, en condiciones normales, con asegurados pensionistas que la Administración dispone de los datos de cuenta bancaria para proceder al pago mensual de su pensión, se procederá al abono automático, de las cuantías que superen el límite de aportación legal mensual acumulada en el trimestre, mediante ingreso directo en la cuenta bancaria en donde se tiene domiciliada la pensión. Dado el coste de la transferencia se establece una cuantía mínima a devolver fijada en siete euros. En los supuestos donde no se supera los 7 euros del periodo a reembolsar se acumularían a la cantidad del siguiente periodo de reembolso.

En los supuestos no contemplados en el apartado anterior o de reclamaciones sobre la aportación mensual se observará el siguiente procedimiento:

1. ¿Quién puede iniciarlo?

- Aquellas personas que tengan reconocido el derecho a la prestación farmacéutica y dietoterapéutica por el Sistema Nacional de Salud

2. Plazo de presentación: Hasta 5 años después del hecho causante. Se considera como fecha de inicio, la fecha de prescripción.

3. ¿Dónde dirigirse? ¿Dónde presentar la solicitud?

- En de los centros sanitarios de la Agencia Valenciana de Salud
- En cualquiera de las Direcciones Territoriales:

REGISTRO DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SANIDAD – ALICANTE
C/ GIRONA, 26
03001 Alacant/Alicante
Tel: 012



REGISTRO DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SANIDAD – CASTELLÓN
PL. HUERTO SOGUEROS, 12

12001 Castelló de la Plana/Castellón de la Plana

Tel: 012

REGISTRO DE LA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SANIDAD – VALENCIA

GRAN VÍA FERNANDO EL CATÓLICO, 74

46008 Valencia

Tel: 012

- Mediante cualquiera de las formas y lugares previstos en la Ley 30/1992 de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (artículo 38.4), según su redacción modificada por la Ley 4/1999.

4. ¿Qué documentación se debe presentar?

- Impreso de Solicitud de Reembolso por sobreaportación en la aportación en prestación farmacéutica y dietoterapéutica del Sistema Nacional de Salud firmado por el usuario o su representante legal en la que conste el NIF del perceptor y con los datos completos de la cuenta bancaria del perceptor (mantenimiento de terceros). El número de cuenta será incluido en el sistema SIP.
- En tanto el asegurado no decida modificar la cuenta bancaria no será necesario cumplimentar ninguna solicitud
- Será necesaria la presentación documental en los supuestos donde el asegurado no este conforme con la liquidación trimestral o en los supuestos de dispensaciones de recetas médicas oficiales en otras comunidades autónomas (y por tanto no se han podido realizar los ajustes mensuales por la Agencia Valenciana de Salud). El asegurado debe presentar los justificantes de los tickets de pago del gasto efectuado en una oficina de farmacia

5. **Determinación cuantía mensual del reembolso:** El importe a reembolsar mensualmente será la diferencia entre la cantidad aportada por el asegurado y el tope legal establecido en su RAF considerando de forma separada la prestación farmacéutica y la prestación dietoterapéutica. Para la determinación de la cuantía se realizarán los siguientes procesos:

- Los sistemas de control de calidad del Gestor de Prestación Farmacéutica Gaia analizarán mensualmente los registros de facturación mensual por receta oficial del Sistema Nacional de Salud para calcular el saldo mensual a reembolsar a cada ciudadano sobre el total de recetas dispensadas en el conjunto de oficinas de farmacia de la Comunitat Valenciana.
 - Los cálculos se realizan tanto para el grupo de productos incluidos en prestación farmacéutica como para el grupo de productos de prestación dietoterapéutica.
- 6. Procedimiento trimestral de cobro:** Ingreso en la cuenta bancaria designado por el usuario con carácter trimestral. Para determinar la cuantía de abono se realizarán las siguientes actividades:
- Trimestralmente se procederá a calcular los saldos resultantes de la sobreaportación de un asegurado sobre los topes mensuales realizado en el punto 5 anterior.
 - Las cantidades abonadas trimestralmente será el resultante de la sobreaportación en prestación farmacéutica y dietoterapéutica calculada sobre los meses que incluyen el trimestre.
 - El Gestor de Prestación Farmacéutica Gaia generará un fichero informatizado con los registros necesarios para su transferencia al sistema de contabilidad de la Conselleria de Hacienda que permita el pago a los asegurados.
 - El Director General de Farmacia y Productos Sanitarios evacuará Resolución Administrativa con la motivación del acto y el contenido de los asegurados afectados así como la cantidad a abonar.
 - La Agencia Valenciana de Salud realizará de oficio las actividades de determinación de la cuantía de reembolso procediendo al abono cuando exista saldo a favor del asegurado.
- 7. Detalle del cobro:** El asegurado podrá solicitar en cualquier centro sanitario de la Agencia Valenciana de Salud, previa presentación y lectura automática de su tarjeta SIP, el documento detalle correspondiente al

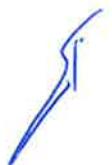


cobro trimestral por sobreaportación. El documento incluirá todas dispensaciones realizadas por el asegurado, la oficina de farmacia o centro sociosanitario y las aportaciones realizadas. La información deberá permitir conciliar con los recibos que obligatoriamente se deben entregar en cada oficina de farmacia en la dispensación de medicamentos

8. **Reclamaciones:** En los supuestos donde el asegurado no esté conforme con las cantidades reembolsadas o entienda que existe un error en el cálculo de las aportaciones deberán presentar una reclamación con el relato de los hechos y copias compulsadas de los recibos de dispensación realizados en las oficinas de farmacia en los centros indicados en el anterior punto 3. La reclamación será resuelta por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Agencia Valenciana de Salud en el plazo inferior a un mes.

ADENDA I

Modelo de solicitud de reembolso de sobreaportación en prestación farmacéutica y dietoterapéutica





A IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE	I	1) ALTA NUEVO PERCEPTOR/A <input type="checkbox"/>	2) ALTA NUEVA DOMICILIACIÓN <input type="checkbox"/>	3) BAJA <input type="checkbox"/>				
	II	4) FÍSICA RESIDENTE <input type="checkbox"/>	5) FÍSICA NO RESIDENTE <input type="checkbox"/>	6) JURÍDICA RESIDENTE <input type="checkbox"/>	7) JURÍDICA NO RESIDENTE <input type="checkbox"/>			
	III	APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL						
	IV	NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	VAT <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>	NÚM. DOC. IDENTIFICACIÓN	
	V	8) TIPO VÍA	NOMBRE VÍA		9) TIPO NÚMERO	NÚM. VÍA	10) CALIF. NÚM. VÍA	
	V	BLOQUE	PORTAL	ESCALERA	PISO	PUERTA	DATOS COMPLEMENTARIOS DEL DOMICILIO	
	V	11) POBLACIÓN		CÓDIGO POSTAL	MUNICIPIO		PROVINCIA	
	VI	DOMICILIO EXTRANJERO 1			DOMICILIO EXTRANJERO 2			
	VI	POBLACIÓN		CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA		PAÍS	
		CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL		FAX
	VII	APELLIDOS Y NOMBRE DEL REPRESENTANTE						
	VII	12) NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	NÚM. DOC. IDENTIFICACIÓN			

B CUENTAS BANCARIAS	CUENTA NACIONAL	ENTIDAD FINANCIERA	SUCURSAL		
		13) CÓDIGO ENTIDAD	CÓDIGO SUCURSAL	DC	NÚMERO CUENTA CORRIENTE
		13) IBAN			
		14) SEÑALE LO QUE CORRESPONDA: IBAN <input type="checkbox"/> NÚMERO CUENTA <input type="checkbox"/>			
	CUENTA EXTRANJERO	CÓDIGO BIC			PAÍS-ESTADO DE LA CUENTA

C VERIFICACIÓN DE LA IDENTIDAD Y LA REPRESENTACIÓN	EL SOLICITANTE DECLARA QUE SON CIERTOS LOS DATOS BANCARIOS DEL APARTADO B QUE IDENTIFICAN LA CUENTA CORRIENTE DE LA CUAL ES (15)..... EL RÉGIMEN DE ESTA DECLARACIÓN RESPONSABLE ES EL DEL ARTÍCULO 71 BIS) DE LA LEY 30/1992, DE 26 DE NOVIEMBRE.	
	FIRMA COMO _____	FIRMA DEL SOLICITANTE O FIRMAS MANCOMUNADAS: _____
	NIF: _____	NIF: _____
16) DADO QUE LA ADMINISTRACIÓN PODRÍA CONTAR YA CON LOS DATOS PRECISOS PARA VERIFICAR LA IDENTIDAD Y REPRESENTACIÓN QUE SE EXIGEN, PUEDE USTED MARCAR LAS SIGUIENTES AUTORIZACIONES O BIEN PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE DETALLA EN LAS INSTRUCCIONES:		
<input type="checkbox"/>	EL SOLICITANTE AUTORIZA A QUE EL ÓRGANO VALIDE SU IDENTIDAD CON LA INFORMACIÓN DEL MINISTERIO RESPONSABLE DEL SISTEMA DE VERIFICACIÓN DE DATOS DE IDENTIDAD O CON LOS DATOS TRIBUTARIOS DE LA AEAT, art.95.1.k. DE LA LGT.	
<input type="checkbox"/>	EL SOLICITANTE AUTORIZA A QUE LA VERIFICACIÓN DE SU CAPACIDAD DE REPRESENTACIÓN EN NOMBRE DE SE HAGA POR EL ÓRGANO GESTOR DIRECTAMENTE A TRAVÉS DEL	
<input type="checkbox"/>	REGISTRO DE REPRESENTANTES DE LA COMUNITAT VALENCIANA	
<input type="checkbox"/>	REGISTRO DE CONTRATISTAS Y EMPRESAS CLASIFICADAS DE LA COMUNITAT VALENCIANA	

D CERTIFICACIÓN	17) COMPROBADA LA PERSONALIDAD Y EN SU CASO LA REPRESENTACIÓN CON LA QUE ACTUA EL COMPARECIENTE O COMPARECIENTES, ASÍ COMO QUE ESTA HA SIDO DECLARADA SUFICIENTE PARA OTORGAR EL PRESENTE DOCUMENTO DE DOMICILIACIÓN DE PAGOS.			
	ORGANO			
	DIA	MES	AÑO	FIRMA:

E DESTINATARIO	18) ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE	19) CONSELLERIA O ENTIDAD
	20) PROCEDIMIENTO EN EL QUE SE PRESENTA	21) CODIGO IDENTIFICADOR DEL PROCEDIMIENTO

Los datos de carácter personal que contiene el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Así mismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad en lo que dispone el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

1/2 EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN

454 - 2011 DIN-A4 05.11 CEHE - SOCI AGG TELEFONO DE ATENCIÓN AL USUARIO 012- SI LLAMA DESDE FUERA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA: +34 96 386 60 00



A IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE	I	1) ALTA NUEVO PERCEPTOR/A <input type="checkbox"/>	2) ALTA NUEVA DOMICILIACIÓN <input type="checkbox"/>	3) BAJA <input type="checkbox"/>				
	II	4) FÍSICA RESIDENTE <input type="checkbox"/>	5) FÍSICA NO RESIDENTE <input type="checkbox"/>	6) JURÍDICA RESIDENTE <input type="checkbox"/>	7) JURÍDICA NO RESIDENTE <input type="checkbox"/>			
	III	APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL						
	IV	NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	VAT <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>	NÚM. DOC. IDENTIFICACIÓN	
	V	8) TIPO VÍA	NOMBRE VÍA		9) TIPO NÚMERO	NÚM. VÍA	10) CALIF. NÚM. VÍA	
	V	BLOQUE	PORTAL	ESCALERA	PISO	PUERTA	DATOS COMPLEMENTARIOS DEL DOMICILIO	
	V	11) POBLACIÓN		CÓDIGO POSTAL	MUNICIPIO		PROVINCIA	
	VI	DOMICILIO EXTRANJERO 1			DOMICILIO EXTRANJERO 2			
	VI	POBLACIÓN		CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA		PAÍS	
		CORREO ELECTRÓNICO		TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	FAX		
	VII	COGNOMS I NOM DEL REPRESENTANT						
	VII	12) NIF <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	NÚM. DOC. IDENTIFICACIÓ			

B CUENTAS BANCARIAS	CUENTA NACIONAL	ENTIDAD FINANCIERA	SUCURSAL	
		13) CÓDIGO ENTIDAD	CÓDIGO SUCURSAL	DC
	CUENTA EXTRANJERO	13) IBAN		
		14) SEÑALE LO QUE CORRESPONDA:	IBAN <input type="checkbox"/>	NÚMERO CUENTA <input type="checkbox"/>
	CÓDIGO BIC	PAÍS-ESTADO DE LA CUENTA		

C VERIFICACIÓN DE LA IDENTIDAD Y LA REPRESENTACIÓN	EL SOLICITANTE DECLARA QUE SON CIERTOS LOS DATOS BANCARIOS DEL APARTDO B QUE IDENTIFICAN LA CUENTA CORRIENTE DE LA CUAL ES (15)..... EL RÉGIMEN DE ESTA DECLARACIÓN RESPONSABLE ES EL DEL ARTÍCULO 71 BIS) DE LA LEY 30/1992, DE 26 DE NOVIEMBRE.	
	FIRMA COMO _____	FIRMA DEL SOLICITANTE O FIRMAS MANCOMUNADAS: _____
	NIF: _____	NIF: _____
	16) DADO QUE LA ADMINISTRACIÓN PODRÍA CONTAR YA CON LOS DATOS PRECISOS PARA VERIFICAR LA IDENTIDAD Y REPRESENTACIÓN QUE SE EXIGEN, PUEDE USTED MARCAR LAS SIGUIENTES AUTORIZACIONES O BIEN PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE DETALLA EN LAS INSTRUCCIONES: <input type="checkbox"/> EL SOLICITANTE AUTORIZA A QUE EL ÓRGANO VALIDE SU IDENTIDAD CON LA INFORMACIÓN DEL MINISTERIO RESPONSABLE DEL SISTEMA DE VERIFICACIÓN DE DATOS DE IDENTIDAD O CON LOS DATOS TRIBUTARIOS DE LA AEAT, art.95.1.k. DE LA LGT. <input type="checkbox"/> EL SOLICITANTE AUTORIZA A QUE LA VERIFICACIÓN DE SU CAPACIDAD DE REPRESENTACIÓN EN NOMBRE DE SE HAGA POR EL ÓRGANO GESTOR DIRECTAMENTE A TRAVÉS DEL <input type="checkbox"/> REGISTRO DE REPRESENTANTES DE LA COMUNITAT VALENCIANA <input type="checkbox"/>	

D CERTIFICACIÓN	17) COMPROBADA LA PERSONALIDAD Y EN SU CASO LA REPRESENTACIÓN CON LA QUE ACTUA EL COMPARECIENTE O COMPARECIENTES, ASÍ COMO QUE ESTA HA SIDO DECLARADA SUFICIENTE PARA OTORGAR EL PRESENTE DOCUMENTO DE DOMICILIACIÓN DE PAGOS.			
	ORGANO			
	DIA	MES	AÑO	FIRMA:

E DESTINATARIO	18) ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE	19) CONSELLERIA O ENTIDAD
	20) PROCEDIMIENTO EN EL QUE SE PRESENTA	21) CODIGO IDENTIFICADOR DEL PROCEDIMIENTO

Los datos de carácter personal que contiene el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Así mismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad en lo que dispone el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

2/2 EJEMPLAR PARA EL INTERESADO

454 - 2011 DIN-A4 05.11 AGG CEHE - SOCI TELÉFONO DE ATENCIÓN AL USUARIO 012- SI LLAMA DESDE FUERA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA: +34 96 386 60 00



INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN

RELLENE A MÁQUINA / ORDENADOR O CON LETRAS MAYÚSCULAS LOS ESPACIOS REQUERIDOS.

A - IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

- I** DEBE MARCAR LA CASILLA QUE CORRESPONDA A SU SOLICITUD.
- 1) ALTA DE NUEVO PERCEPTOR/A, CUANDO EL SOLICITANTE NO TENGA DADAS DE ALTA EN LA GENERALITAT NINGUNA CUENTA BANCARIA PARA LA DOMICILIACIÓN DE SUS PAGOS.
 - 2) ALTA DE NUEVA DOMICILIACIÓN BANCARIA, CUANDO EL SOLICITANTE QUE YA TENGA DADAS DE ALTA CUENTAS BANCARIAS EN LA GENERALITAT Y QUIERA DAR DE ALTA OTRAS NUEVAS
 - 3) BAJA, CUANDO EL SOLICITANTE QUIERA DEJAR SIN EFECTO UNA CUENTA BANCARIA ANTE LA GENERALITAT DE MANERA QUE DEJE DE RECIBIR PAGOS A TRAVÉS DE ELLA.
- II** DEBE MARCAR LA CASILLA QUE CORRESPONDA A LAS CIRCUNSTANCIAS DEL SOLICITANTE.
- 4) SI EL SOLICITANTE ES PERSONA FÍSICA Y RESIDENTE
 - 5) SI EL SOLICITANTE ES PERSONA FÍSICA Y NO RESIDENTE
 - 6) SI EL SOLICITANTE ES PERSONA JURÍDICA Y RESIDENTE
 - 7) SI EL SOLICITANTE ES PERSONA JURÍDICA Y NO RESIDENTE
- III** RELLENE CON LOS DATOS DEL SOLICITANTE DE LA INSTANCIA.
- IV** DEBE MARCAR LA DOCUMENTACIÓN QUE PARA IDENTIFICAR AL SOLICITANTE PRESENTA JUNTO A ESTE MODELO.
- V** RELLENE CON LOS DATOS CORRESPONDIENTES AL DOMICILIO EN ESPAÑA DEL SOLICITANTE.
- 8) RELLENE CON LA ABREVIATURA DEL TIPO DE VÍA: C/., Avda., Pl., etc. ...
 - 9) RELLENE CON LA ABREVIATURA CORRESPONDIENTE AL VALOR CON QUE SE DESCRIBE SU NÚMERO DE VÍA: núm., km., s/n, etc. ...
 - 10) RELLENE, EN SU CASO, CON EL VALOR CORRESPONDIENTE AL CALIFICATIVO DE SU NÚMERO DE VÍA: bis, dup, mod, ant, etc. ...
 - 11) RELLENE CON EL NOMBRE DE LA LOCALIDAD, POBLACIÓN, ETC. ... SI ES DISTINTA DEL NOMBRE DEL MUNICIPIO.
- VI** RELLENE, EN SU CASO, CON LOS DATOS DEL DOMICILIO EXTRANJERO DEL SOLICITANTE.
- VII** RELLENE SÓLO EN CASO DE QUE EL SOLICITANTE SEA UNA PERSONA JURÍDICA, HA DE RELLENARLO CON LOS DATOS IDENTIFICATIVOS DEL REPRESENTANTE QUE PRESENTA LA SOLICITUD.
- 12) DEBE INDICAR LA DOCUMENTACIÓN QUE, PARA IDENTIFICAR AL REPRESENTANTE, ADJUNTA A ESTE MODELO: NIF, NIE o PASAPORTE.

B - CUENTAS BANCARIAS

- 13) RELLENE UNA DE LAS DOS FILAS. HÁGALO EMPEZANDO POR LA IZQUIERDA. NO ES NECESARIO QUE RELLENE LAS DOS.
- 14) PONGA EL CÓDIGO IBAN OBLIGATORIAMENTE SI SE TRATA DE UNA CUENTA BANCARIA DE UNA ENTIDAD RADICADA EN UN ESTADO MIEMBRO DE LA UNIÓN EUROPEA. EN LOS DEMÁS CASOS, MARQUE QUE SE TRATA DE UNA CUENTA CORRIENTE CUYOS DÍGITOS SE REFLEJEN EN EL CAMPO SIGUIENTE. EL CÓDIGO IBAN Y LA CUENTA CORRIENTE SE EMPEZARÁN A RELLENAR POR LA IZQUIERDA. ESCRIBA SÓLO NÚMEROS, SIN COMAS, PUNTOS, NI GUIONES. TANTO EL CÓDIGO IBAN, COMO EL CÓDIGO BIC LOS SUMINISTRA LA ENTIDAD FINANCIERA.

C - DECLARACIÓN RESPONSABLE Y AUTORIZACIONES

- 15) DEBE INDICAR SI ES TITULAR O COTITULAR DE LA CUENTA CUYOS DATOS CONSTAN EN EL APARTADO B DEL MODELO.
- 16) DADO QUE LA ADMINISTRACIÓN PODRÍA CONTAR YA CON LOS DATOS PRECISOS PARA VERIFICAR LA IDENTIDAD Y REPRESENTACIÓN QUE SE EXIGEN, PUEDE USTED MARCAR LAS AUTORIZACIONES DEL APARTADO C) DEL MODELO O, EN SU LUGAR, PRESENTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN:
 - a) LA PERSONA FÍSICA RESIDENTE PRESENTARÁ FOTOCOPIA DEL NIF. LA NO RESIDENTE PRESENTARÁ EL NIE, PASAPORTE U OTRA ACREDITACIÓN DE SU IDENTIDAD Y NO RESIDENCIA.
 - b) LA PERSONA JURÍDICA NO INSCRITA EN LOS REGISTROS DEL ART 6.2 PRESENTARÁ LA DOCUMENTACIÓN VÁLIDA EN DERECHO QUE DEJE CONSTANCIA FIDEDIGNA DE LA CAPACIDAD DEL REPRESENTANTE PARA SOLICITAR EL ALTA O LA BAJA DE LA DOMICILIACIÓN BANCARIA EN NOMBRE DE LA EMPRESA.

D - CERTIFICACIÓN

- 17) ESPACIO QUE RELLENA LA ADMINISTRACIÓN.

E - ÓRGANO DESTINATARIO

- 18) EN EL CASO DE QUE NO PRESENTE EL MODELO DE DOMICILIACIÓN BANCARIA COMO PARTE INTEGRANTE DE UN EXPEDIENTE, HA DE INDICAR EL ÓRGANO AL QUE LO DIRIGE.
- 19) CONSELLERIA O ENTIDAD A QUE PERTENECE EL ÓRGANO.
- 20) SI ES POSIBLE, HA DE REFLEJAR EL TIPO DE PROCEDIMIENTO EN QUE SE VA A INTEGRAR LA INSTANCIA, POR EJEMPLO: SUBVENCIONES, CONTRATACIÓN, PERCEPCIÓN DE AYUDAS.
- 21) SI ES POSIBLE, HA DE REFLEJAR EL CÓDIGO IDENTIFICADOR DE EXPEDIENTE ADMINISTRATIVO PARA EL QUE PRESENTA EL MODELO DE DOMICILIACIÓN BANCARIA.