

- Persona assegurada pel CatSalut amb dret a la prestació farmacèutica, amb nivell de cobertura que tingui acreditat. Estan exclosos d'aquesta prestació els col·lectius que pertanyen a MUFACE, MUGEJU, ISFAS.

Tramitació sol·licitud d'autorització al CatSalut	Resolució CatSalut	Tramitació de les factures de productes autoritzats
- Full de "Sol·licitud de finançament de producte sanitari exclòs de la prestació del Sistema Nacional de Salut" (annex I). - Informe clínic actualitzat emès pel metge del sistema sanitari públic, on es justifiqui que el producte sol·licitat és imprescindible per al tractament del pacient, i on s'argumenti la no existència d'un altre producte farmacèutic d'acció igual o similar, o una altra alternativa terapèutica en l'SNS. - Fotocòpia de la TSI. - Fotocòpia DNI o document identificatiu. - En cas de renovació, s'adjuntarà sempre còpia de la resolució anterior. Des de Gestió i Serveis (GiS) del SAP s'envia aquesta documentació al CatSalut, Regió Sanitària corresponent.	- CatSalut, des de cada Regió Sanitària autoritza o denega el finançament i ho comunica al ciutadà i/o a la unitat tramitadora. - Les resolucions aprovatòries especifiquen el termini de la seva vigència. - Si la resolució es denegatòria, el pacient podrà efectuar reclamació prèvia. - Transcorregut el període autoritzat, es pot sol·licitar la renovació, exposant novament les causes, aportant informació clínica actualitzada i còpia de la resolució a renovar.	Per a la tramitació de les factures dels expedients autoritzats es necessari: - Full de dades bancàries correctament emplenat i signat per la entitat bancària. (annex II). - Factures originals (data de les factures dins del termini de d'autorització). - Fotocòpia resolució del gerent. (Imprescindible). - Fotocòpia de la TSI. Una vegada comprovada la correcció de la documentació des de GiS del SAP s'envia al CatSalut, Regió Sanitària corresponent.

annex I Sol·licitud de finançament de producte sanitari exclòs de la prestació del SNS.
annex II Sol·licitud transferència bancària.

**CatSalut**Generalitat de Catalunya
Departament de SalutServei Català
de la Salut

Núm. d'expedient:

Sol·licitud de finançament excepcional de producte farmacèutic exclòs de la prestació del Sistema Nacional de Salut¹**Dades del/de la pacient**

Nom i cognoms

CIP

Telèfon

Adreça

Codi postal

Població

Nivell de cobertura

☐ actiu / farmàcia parcial☐ pensionista / farmàcia gratuïta**Signatura del sol·licitant o representant legal****Dades de la unitat productiva (UP) sol·licitant**

Descripció de la UP

Telèfon

Metge/essa prescriptor/a

Núm. de col·legiat/ada

Dades de la prescripció

Diagnòstic

Nom/s del/s producte/s (nom comercial i/o principi actiu)

IMPORT SOL·LICITAT:**IMPORT CONCEDIT SCS:**

Pauta d'administració

Durada prevista del tractament

Observacions

Signatura del/de la metge/essa prescriptor/a

Segell de l'entitat proveïdora

Vist-i-plau del responsable validador/a

Data

Data

ESPAI RESERVAT A LA REGIÓ SANITÀRIASol·licitud aprovada ☐Sol·licitud denegada ☐

Segell i Data

¹ Documentació imprescindible que cal adjuntar:

- informe clínic actualitzat de la xarxa pública
- fotocòpia de la TSI i fotocòpia DNI
- fulls de dades bancàries
- factures originals
- Informe que el producte és imprescindible per al tractament del pacient i que no hi ha cap altra alternativa finançada a càrrec del CatSalut



CatSalut

Servei Català
de la Salut

Sol·licitud de transferència bancària per a pagament de finançament excepcional de producte farmacèutic exclòs de la prestació del SNS

Dades del titular de la prestació

Cognoms i nom

NIF

Codi identificació personal (CIP)

Adreça

Codi postal

Localitat

Província

Telèfon

Dades del beneficiari de la prestació

Cognoms i nom

Codi identificació personal (CIP)

Dades de la transferència bancària

Cognoms i nom del titular del compte

NIF

Nom de l'entitat bancària

Codi Agència DC Compte Corrent

Adreça de l'agència

Codi postal

Localitat

Província

Sota la meva responsabilitat declaro que les dades abans esmentades corresponen al compte corrent o llibreta d'estalvi que estan al meu nom.

Signatura

Data

Conformitat de l'entitat bancària

Faig constar que les dades abans esmentades coincideixen amb les dades existents en aquesta oficina.

Signatura del director

Segell

Data



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut