

Formulario de Solicitud de Ayudas Medicas Directas

*Programa de Medicamentos de
Alto Costo y Ayudas Médicas
Directas*

DATOS DE LA SOLICITUD						
NOMBRE DEL SOLICITANTE			CÉDULA			
DIRECCIÓN						
TELÉFONO RESIDENCIAL		CELULAR				
EMAIL						
TIPO DE AYUDA						
CENTRO						
DATOS DEL REPRESENTANTE						
NOMBRE DEL REPRESENTANTE			CÉDULA			
TELÉFONO		CELULAR				
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE						
FIRMA DEL SOLICITANTE Y/O REPRESENTANTE.						
REQUISITOS GENERALES, ADMINISTRATIVOS Y DE CALIDAD						
REQUISITOS			SOLICITANTE		VENTANILLA PMAC	
			SI	N/A	CUMPLE	
					SI	NO
1.	Carta de Solicitud		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Dirigida al Sr. Ministro de Salud, vía la Dirección del Programa de Medicamentos de Alto Costo Y Ayudas Medicas.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	b. Motivo o Justificación por el cual realiza la solicitud al Ministerio de Salud.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.	Copia de cédula de identidad Dominicana o copia de acta de nacimiento en caso de ser menor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. En caso de ser menor de edad, copia de cédula de identidad del Tutor.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	b. En caso de ser extranjero legal anexar copia de pasaporte, copia de proceso de regularización o copia de residencia Dominicana.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.	Copia de carnet de seguro médico.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Copia de ambos lados del seguro médico		<input type="checkbox"/>			
4.	Historial clínico, original.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Historial clínico, firmado y sellado por el médico tratante.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.	Resultados de estudios originales y/o analíticas actualizadas.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Receta o indicación médica original.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Carta de la Administradora de Riesgos de Salud (ARS).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Carta original de la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9.	Cotización original según solicitud original, dirigida al Ministerio de Salud Pública.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Observaciones: Toda la documentación debe de encontrarse legible, sin alteraciones ni tachaduras.						
La aprobación de dicha solicitud está sujeto al cumplimiento de los requisitos.						
Costo del servicio: Gratis.						