

**Formulario para Nueva Solicitud,
Renovación, Cambios e Inclusión de
Medicamentos de Alto Costo**

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

DATOS DE LA SOLICITUD					
NUEVO <input type="checkbox"/>		RENOVACIÓN <input type="checkbox"/>		CAMBIO <input type="checkbox"/>	
INCLUSIÓN <input type="checkbox"/>					
NOMBRE DEL SOLICITANTE				CÉDULA	
DIRECCIÓN					
TELÉFONO		CELULAR			
EMAIL					
MEDICAMENTO(S)					
CENTRO					
PATOLOGIA					
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	NO
1.	Copia de cédula de identidad Dominicana o copia de acta de nacimiento en caso de ser menor	<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"/>	<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"/>		
2.	Copia de carnet de seguro médico.(Si aplica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Copia de ambos lados del seguro médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.	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"/>		
	b. Historial clínico con un mínimo de 6 meses de vigencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Copia de Resultados de estudios y/o analíticas actualizadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Analíticas debe de tener un mínimo de 6 meses de vigencia.				
5.	Receta o indicación Médica Original.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a. Esta debe ser original y especificar que debe incluir la fecha, dosis, forma farmacéutica y tiempo de uso del o los medicamentos, así como la vía de administración, firmada y sellada por el médico tratante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b. Receta o indicación debe de tener mínimo 3 meses de vigencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Carta de la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social (DIDA).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Carta de la Administradora de Riesgo de Salud (ARS) (Si Aplica).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 y la disponibilidad del o los Medicamentos solicitados.					
Tiempo de respuesta: 15 días hábiles.			Costo del servicio: Gratis.		