

FONDO PARA SERVICIOS CONTRA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS REMEDIABLES

RECIBO ENTREGA DE LOS REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA

Solicito ayuda económica dentro de las regulaciones y requisitos del Fondo para Servicios contra Enfermedades Catastróficas Remediabiles (FSECR), del Departamento de Salud. Según la Ley 150 de 19 de agosto de 1996. Reconozco que he sido debidamente orientado sobre la definición de “*fraude y abuso*”, que se indica este documento, de conformidad con los criterios de elegibilidad de la Ley.

- **FRAUDE:** Engaño intencional o declaración falsa hecha por una persona, que podría ocasionar algún beneficio no autorizado para sí mismo o alguna otra persona. Esto incluye cualquier acto que constituya fraude bajo leyes federales o ley estatales.
- **ABUSO:** las prácticas de una persona o proveedor que son incompatibles con las prácticas fiscales, de servicios, o las prácticas médicas, que resultan en un costo innecesario. Lo anterior comprende acciones que resultan en un costo adicional hacia alguna compañía de seguros de salud, paciente, o en el reembolso por servicios que no son médicamente necesarios, que no cumplen con las normas profesionalmente reconocidas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) para el cuidado de la salud.

INSTRUCCIONES:

La siguiente lista de documentos tiene el propósito de solicitarle información como requisito de la ayuda económica que solicitará. Favor de gestionar cada uno de los requisitos incluidos. Una vez complete todos los documentos, comuníquese al número telefónico (787) 765-2929, extensión 3803, y solicite una cita de entrevista para su petición.

_____ **1. Carta del solicitante:** en la que presente detalladamente su solicitud de asistencia económica para cubrir el procedimiento médico que precisa (si es menor de 21 años, los padres y/o tutor deben presentar la solicitud). En caso de que un familiar represente al paciente, debe presentar identificación con foto y carta de autorización. Esta solicitud debe incluir nombre, edad, dirección y teléfono, diagnóstico o condición médica, procedimiento indicado, hospital donde será realizado.

_____ **2. Carta del médico especialista que lo refiere, dirigida a la Junta Evaluadora del FSECR2,** con la siguiente información: *diagnóstico, indicaciones de procedimiento, resumen del caso, justificación del hospital al que recomienda sea referido y prognosis (no se aceptarán copias de expedientes médicos)*. Las enfermedades catastróficas serán identificadas según definición del Índice de Enfermedades (ICD 10).

_____ **3. Carta Aceptación:** Los pacientes que solicitan ayuda económica para un trasplante de órganos deben proveer copia de la evaluación pre-trasplante y aceptación del comité evaluador. En caso de que sea trasladado a un **hospital en Estados Unidos: debe proveer carta de aceptación del hospital, dirigida al Fondo para Servicios contra Enfermedades Catastróficas Remediabiles.**

_____ **4. Evidencia escrita por todos los componentes y costos:** Incluir los costos de la cirugía y/o procedimiento provisto por el hospital, anestesia, patología, etc., según la necesidad, de acuerdo con los servicios que se requiere, según justificación de servicio que tenga el caso. Es importante incluir el Código del Procedimiento según la definición del Índice de Enfermedades. (ICD 10).

_____ **5. Tipo de Cubierta del Plan Médico:** El plan médico debe proveer por escrito los servicios que pagará y el porcentaje que esto representa. En caso de que el procedimiento no tenga cubierta, la decisión negativa, debe ser por escrito. **Aunque no tenga cubierta, es requisito presentar tarjeta del plan médico y copia.**

_____ **6. Copia de Póliza:** Enfermedades perniciosas y/o catastróficas, cáncer, trasplantes, seguro de vida, incapacidad, hospitalización y/o accidente. **Traer certificación de la vigencia de la póliza.**

_____ **7. Tarjeta de Seguro Social** (Original y Copia)

_____ **8. Certificado de Nacimiento** (Original y Copia)

_____ **9. Departamento de Hacienda. Copia Certificada:** **(INCLUYE A TODOS LOS ADULTOS DEL NÚCLEO FAMILIAR).**

A. última Planilla con todos los anejos de todos los adultos que residen bajo el mismo techo. En caso de que no rinda planilla, necesita presentar Certificación de Razones para no rendir. Modelo SC - 2781.

B. Certificación de Radicación de Planilla Modelo SC - 6088.

C. Certificación de Deuda Modelo SC - 6096.

_____ **10. Estado de cuenta:** Presentar evidencia de la Cuenta Personal y si tiene cuenta Pro-Fondos. En caso de existir otras cuentas, traer del **Banco un estado de cuenta más reciente;** necesitan incluir en la Declaración Jurada el número de la cuenta Pro-Fondos y el **balance actual de la misma.**

_____ **11. Presentar Evidencia escrita:** de otras Organizaciones a los que ha solicitado ayuda económica:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Municipio | <input type="checkbox"/> Gobierno Central | <input type="checkbox"/> Empresa Privada |
| <input type="checkbox"/> Campaña de Recaudación de Fondos | | <input type="checkbox"/> OTRA _____ |

_____ **12. Foto del Paciente.**

_____ **13. Evidencia escrita de la situación económica del NÚCLEO FAMILIAR:**

A. INGRESOS: Copia del último Talonario de Retención del Sueldo (si trabaja por su cuenta debe traer estado de situación financiera), **carta del PAN Y TANF (positiva o negativa),** Certificación de **ASUME (positiva o negativa),** **beneficios de Seguro Social o cualquier otro ingreso, requiere presentación escrita, Carta del Negociado de Empleo de TODOS LOS ADULTOS DESEMPLEADOS DEL NÚCLEO FAMILIAR y/o certificación de estudiantes.**

B. GASTOS: Recibo de pago de renta o hipoteca, agua, luz, teléfono, préstamo (justificación y evidencia de uso), seguros médicos (Original y Copia).

C. OTROS: Requisito: Declaración Jurada a nombre de: Fondo contra Enfermedades Catastróficas Remediabes, en la que certifique que la información y gastos presentados es verídica. En la misma se incluirá el número de propiedades inmuebles y el valor actual de cada una. **incluir los balances de todas las cuentas de bancos que posee, incluir cuenta Pro-Fondos con balances, certificados de depósito,** en y fuera de Puerto Rico. (Original y Copia)

- **REQUISITO: TRAER ORIGINAL Y COPIA DE TODOS LOS DOCUMENTOS**
- **NOTA: CUANDO TENGA TODOS LOS DOCUMENTOS, FAVOR LLAMAR PARA CITA**
- **MUY IMPORTANTE UTILIZAR VESTIMENTA APROPIADA EL DÍA DE SU CITA**
NO TRAJES Y/O FALDAS CORTAS, NO ESCOTES, NO PANTALÓN CORTO

DIRECCIÓN POSTAL:

PO Box 70184, San Juan, PR 00936
Tel. (787) 765-2929, exts. 3801, 3803, 3806
Correo Electrónico: FSECR@salud.pr.gov
roxmartinez@salud.pr.gov
Página Electrónica: www.salud.pr.gov

DIRECCIÓN FÍSICA:

Departamento de Salud: Fondo para
Servicios contra Enfermedades Catastróficas Remediabes
Oficina 162. TERRENOS DEL CENTRO MÉDICO
ANTIGUO HOSP. SIQUIATRÍA – EDIFICIO A
AL LADO DEL TREN URBANO