



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 DMAC	
		SI	N/A	CUMPLE	
				SI	NO
1. Carta de Solicitud	<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"/>	<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. Cotización del servicio a solicitar, a nombre del Ministerio de Salud Pública.					
3. 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 residencia dominicana o copia de proceso de regularización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Copia de carnet de ARS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Historial clínico, original.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
a. Historial clínico, firmado y sellado por el médico tratante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Resultados de estudios originales y/o analíticas actualizadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 Receta o indicación médica original.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Carta de la Administradora de Riesgos de Salud (ARS).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Observaciones: Toda la documentación debe de encontrarse legible, sin alteraciones ni tachaduras.					
Nota: Es de carácter obligatorio remitir constancia del servicio médico aprobado a la Dirección de Medicamentos de Alto Costo.					