**REV. 07-2023**

FONDO PARA SERVICIOS CONTRA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS REMEDIABLES

**RECIBO ENTREGA DE LOS REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA**

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

* **FRAUDE:** Engaño intencional o declaración falsa hecha por una persona, lo cual podría ocasionar algún beneficio no autorizado para sí mismo o alguna otra persona. Esto, incluye cualquier acto que constituye 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 estará solicitando. Favor de gestionar cada uno de los requisitos incluidos. Al completar todos los documentos llame al (787) 765-2929 Ext. 3803 y solicitar su cita de entrevista para su petición.

**\_\_\_\_\_\_\_ 1. Carta del solicitante:** donde se presente detalladamente su solicitud de asistencia económica para cubrir el procedimiento médico (Si es menor de 21 años los padres y/o tutor presentan la solicitud). En el caso 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 FSECR** 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 Remediables.

**\_\_\_\_\_\_\_ 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 necesidad de acuerdo con los servicios que se requiere, según justificación de servicio que tenga el caso. *Importante incluir el Código del* Procedimiento según, 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 porciento 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 Pro-Fondos y 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:

□ Municipio □ Gobierno Central □ Empresa Privada

□ Campaña de Recaudación de Fondos □ 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: Fondo contra Enfermedades Catastróficas Remediables, en donde 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 DIA DE SU CITA***

***NO TRAJES Y/O FALDAS CORTAS, NO ESCOTES, NO PANTALÓN CORTO***

**DIRECCIÓN POSTAL: DIRECCION FISICA:**

**PO Box 70184 San Juan PR 00936 FONDO CONTRA ENFERMEDADES CATASTROFICAS**

**Tel. (787) 765-2929 Ext. 3801, 3803, 3806 DEPARTAMENTO DE SALUD, OFICINA 162**

**Fax: (787) 522-6291 CALLE PERIFERAL**

**Correo Electrónico: FSECR@salud.pr.gov TERRENOS DEL CENTRO MEDICO**

**roxmartinez@salud.pr.gov ANTIGUO HOSP. SIQUIATRIA – EDIFICIO A**

 **Página Electrónica: www.salud.pr.gov AL LADO DEL TREN URBANO**