



REQUISITOS PARA SOLICITAR AYUDA

Para medicamentos, estudios, materiales o insumos, medicamentos oncológicos y cirugía
LAS AYUDAS PROVEÍDAS POR ESTA INSTITUCIÓN SON TOTALMENTE GRATUITAS

RECETA CON LETRA LEGIBLE debe ser con **Membrete Original de Hospital Público, Centro de Salud o Sello Original** puesto en dicha receta-especificando en la misma:

- **Nombre correcto del paciente** (como figura en la cédula)
- **Diagnóstico Médico**
- **Indicación específica del material:** traumatológico, quirúrgico, estudios especializados, medicamento, o insumo en cantidad, medida, presentación o tamaño, tratamiento, procedimiento.
- **Firma, sello y número de registro** del profesional médico especialista del área.
- **Fecha de expedición de la receta:** la fecha establecida en la receta tiene vigencia 30 días.
- **En caso de ser asegurado de I.P.S.:**
 - La receta debe contener, firma y sello del jefe de servicio correspondiente, sellada al dorso con el sello de comprobación de derechos (NO CORRESPONDE), sin enmiendas y/o borrones, acompañada por el Informe Social del Departamento de Asistencia Social. por la no cobertura de lo solicitado.
- **Receta de Hospitales Públicos – USF, dependientes del M.S.P.Y.B.S:**
 - Firma y Sello del Director del Hospital, del Trabajador/a Social acompañada de la ficha social.
- **Receta de:**
 - **Hospital del Trauma (ex-CEM) :** Visto Bueno del Dr. Luis Carlos Báez y/o Dr. Gustavo Maldonado de Traumatología, acompañada de la ficha social con la firma del profesional -Lic. Trabajador/a Social.
 - **Hospital Rigoberto Caballero, Policlínico Municipal, Cruz Roja Pya., Hospital Militar FF.AA.:** firma y sello del Director y Trabajador/a Social acompañada de la ficha social.
 - **Hospital de Clínicas:** firma y sello del Director General y del jefe de cátedra correspondiente, acompañada de la ficha social con firma del tTrabajador/a Social.
 - **Materno Infantil (Hospital de Clínicas):** firma y sello de la Dra. Leticia Florentin. Dra. Paola Renna o Dr. Victor Centurión, acompañada de la Ficha Social con la firma del profesional Lic. Trabajador/a Social.
 - **SENADIS:** receta acompañada por nota del Ministro/a, Ficha Social.

PARA MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS

- Firma y sello del Director del Hospital y la Trabajadora Social
- Indicar en la receta la cantidad de ciclos y/o cantidad de comprimidos o mg. que comprende el tratamiento – Número de ciclos realizados y tiempo entre ciclo y ciclo.
- Informe del estudio realizado que certifica el diagnóstico para el tratamiento cuando el medicamento sea solicitado por primera vez o al inicio del tratamiento.

DOCUMENTOS NECESARIOS

- **EL RECURRENTE DEBERÁ SER FAMILIAR DIRECTO DEL PACIENTE** (mismo apellido o uno de los dos). Si no es familiar directo CARTA PODER por Escribanía.
- **1 FOTOCOPIA DE DOCUMENTOS PACIENTE Y RECURRENTE VIGENTE** (no vencidos)
- En caso de que el beneficiario no posea cédula de identidad, presentar certificado de Nacimiento y/o certificado nacido vivo (hasta seis meses).

OBSERVACIONES:

- *No se aceptarán indicaciones que estén enmendadas, borroneadas ni escritas con otro color de tinta o letra diferente.*
- *No podrán realizar pedidos personas menores de edad.*
- *No se proveen insumos quirúrgicos descartables para cirugías*

Para casos excepcionales presentar:

- *Dos presupuestos de lo solicitado, el mismo deberá contar con fecha, firma y sello del proveedor.*
- *Copias de Estudios Especializados que avalen diagnóstico médico (Holter, electrocardiograma, ecocardiograma / ecodoppler, urotac, ecografía renal, anatomía patológica y otros estudios).*

ATENCIÓN: de lunes a viernes a partir de las 06:00 hs.