

## INFORMACIÓN

- **Marga Pérez Meléndez**

Responsable Obra Social

- **Alejandro J. Sastre Heres**

Responsable del Servicio de Farmacia

- **Manolo Vela Romero**

Responsable de programa

### ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO CIFRADO:

hospitalzaragoza.obrasocial@ohsjd.es

### ENVÍO DE DOCUMENTACIÓN POR CORREO ORDINARIO:

Programa Farmacia Solidaria

Hospital San Juan de Dios

Paseo Colon nº 14

50006 Zaragoza

### HORARIO DE ATENCIÓN A USUARIOS DE FARMACIA SOLIDARIA:

Lunes y miércoles de 10:00 a 12:00 h.

## COLABORA CON NOSOTROS

Página WEB [hsjdzaragoza.es/haz-tu-donacion/](https://hsjdzaragoza.es/haz-tu-donacion/)

Transferencia bancaria:

Bankinter ES74 0128 9444 1701 0002 3106

Bizum: código 04017

Directamente en el área de Obra Social del Hospital.

## CONTACTO

Obra Social Hospital San Juan de Dios Zaragoza

976271660

hospitalzaragoza.obrasocial@sjd.es

[www.hsjdzaragoza.es](http://www.hsjdzaragoza.es)



MÁS  
INFORMACIÓN

# FARMACIA SOLIDARIA



Hospital  
**San Juan de Dios**  
Zaragoza

Programa de interés social financiado  
con cargo a la asignación tributaria del IRPF

 **GOBIERNO  
DE ARAGON**

## OBRA SOCIAL SAN JUAN DE DIOS ZARAGOZA

El Hospital San Juan de Dios de Zaragoza es un hospital de referencia en la asistencia integral de pacientes en las áreas de geriatría, rehabilitación, cuidados paliativos, hemodiálisis y salud bucodental de la ciudad de Zaragoza y su provincia.

La **Obra Social** nace con la finalidad de crear diversos proyectos dirigidos a mejorar las condiciones sociales y sanitarias de aquella población más vulnerable.

### AMBITO DE ACTUACION

El proyecto **FARMACIA SOLIDARIA** surge con la finalidad de atender a todas a aquellas personas en la zona geográfica del municipio de Zaragoza, que por circunstancias sociales y/o económicas tienen **dificultades para costearse la medicación pautada para su tratamiento.**

### ACCESO AL PROYECTO

**Cualquier entidad legalmente constituida**, tanto pública como privada, a través de su área de trabajo social, podrá derivar usuarios.

En ningún caso se atenderán solicitudes de pacientes de forma directa.

### CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

1- Unidades de convivencia calificadas como **vulnerables o especialmente vulnerables**, según la [Ley 10/2016](#), de 1 de diciembre, en su artículo 17; apartados 1 y 2.

2- Necesidad de **medicación esencial.**

## DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA

- 1- **Hoja** íntegramente cumplimentada de solicitud del proyecto.
- 2- **DNI, NIE o Pasaporte y Tarjeta Sanitaria .**
- 3- **Informe médico.**
- 4- **Informe social** donde se especifique la situación socioeconómica.
- 5- **Receta electrónica .**
- 6- **Presupuesto** de la oficina de farmacia con el importe total de la medicación mensual.

La **comisión integradora** del programa evaluará los casos recibidos que contengan la totalidad de la documentación requerida.

Una vez valorado el caso, desde el Hospital San Juan de Dios se comunicará, a través de correo electrónico, **la inclusión o desestimación del caso al profesional derivador.**

En caso de ser aceptado desde el Hospital se citará directamente al usuario en una primera ocasión en el Hospital.

Las dispensaciones mensuales se realizarán directamente en **la oficina de farmacia elegida por el usuario.**

El plazo máximo de permanencia en el programa será exclusivamente de **12 meses.**

### PRODUCTOS NO INCLUIDOS

- Ayudas técnicas.
- Material orto protésico.
- Productos sanitarios.
- Productos dietoterapicos.
- Cosmética.
- Inhibidores del apetito.
- Deshabitación tabáquica.
- Medicamentos excluidos de financiación por el SNS.