



## CERTIFICACIÓN DE BENEFICIOS DE FARMACIA

El Departamento de Salud ofrece asistencia en copagos, coaseguros y deducibles a pacientes beneficiarios de planes médicos privados, a través del Programa de Asistencia en Medicamentos ADAP/HIAP. Para ofrecer este servicio, el Título XXVI de la Ley de Salud Pública Federal, según enmendada, requiere que el Programa sea pagador de último recurso. Para realizar la evaluación de un participante es necesario completar la siguiente información referente a su seguro de salud.

Nombre del Asegurado			
Número de Contrato			
Fecha de Efectividad			
Fecha de Expiración			
Tope de Farmacia		Cantidad Disponible	

Beneficios de Farmacia					
Copagos, Coaseguros y/o Deducibles	Medicamentos Bio-equivalentes				
	Medicamentos Marca Preferidos				
	Medicamentos Marca No-Preferidos				
	Medicamentos Especializados				
Pago al agotar el tope de farmacia					
Medicamento(s) Recetado(s)	1.	2.	3.	4.	5.
Copago / Coaseguro aplicable					
Pago al agotar tope de farmacia (si aplica)					
Notas:					

Información provista por	Nombre	
	Aseguradora	
	Fecha y Hora	

\*\*\*Para uso oficial en caso de ser completado vía telefónica por el manejador(a) de caso del centro clínico\*\*\*

Yo, \_\_\_\_\_ Manejador(a) de Caso del Centro Clínico \_\_\_\_\_ certifico que toda la información provista en este formulario es verdadera y correcta y la misma fue corroborada y validada mediante comunicación telefónicamente con un representante de la aseguradora medica del participante.

\_\_\_\_\_  
Firma del Manejador(a) de Casos

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Instrucciones para completar el formulario.

<b>Compañía Aseguradora</b>	<b>Manejador(a) de Caso</b>
<p>Favor completar las tres tablas de este formulario:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Información del beneficiario</li><li>• Información referente a la cubierta de farmacia</li><li>• Información del representante de la aseguradora que completa el formulario</li></ul> <p>La última sección (**Para uso oficial...**) no debe ser completada por la compañía aseguradora, esta sección se diseñó para ser utilizada en caso de que el formulario sea completado vía telefónica por el manejador(a) de caso del centro clínico.</p> <p>Una vez completada, esta hoja puede ser entregada directamente al asegurado o ser enviada vía correo electrónico a nuestro personal de elegibilidad:</p> <p><a href="mailto:ipastrana@salud.pr.gov">ipastrana@salud.pr.gov</a> <a href="mailto:myhernandez@salud.pr.gov">myhernandez@salud.pr.gov</a> <a href="mailto:amrios@salud.pr.gov">amrios@salud.pr.gov</a> <a href="mailto:sminguela@salud.pr.gov">sminguela@salud.pr.gov</a> <a href="mailto:glenda.marrero@salud.pr.gov">glenda.marrero@salud.pr.gov</a> <a href="mailto:mariae.sachez@salud.pr.gov">mariae.sachez@salud.pr.gov</a> <a href="mailto:martat@salud.pr.gov">martat@salud.pr.gov</a></p>	<p>Favor completar las tres tablas de este formulario:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Información del beneficiario</li><li>• Información referente a la cubierta de farmacia</li><li>• Información del representante de la compañía aseguradora que proveyó la información</li></ul> <p>La última sección (**Para uso oficial...**) debe ser completada por el personal de manejo de caso, esta sección se diseñó para certificar que el formulario fue completado por el manejador(a) de caso del centro clínico corroborando la información vía telefónica directamente con la compañía aseguradora del participante.</p> <p>Una vez completada, esta hoja será enviada vía correo electrónico al oficial de elegibilidad que corresponda a su centro clínico:</p> <p><a href="mailto:ipastrana@salud.pr.gov">ipastrana@salud.pr.gov</a> <a href="mailto:myhernandez@salud.pr.gov">myhernandez@salud.pr.gov</a> <a href="mailto:amrios@salud.pr.gov">amrios@salud.pr.gov</a> <a href="mailto:sminguela@salud.pr.gov">sminguela@salud.pr.gov</a> <a href="mailto:glenda.marrero@salud.pr.gov">glenda.marrero@salud.pr.gov</a> <a href="mailto:mariae.sachez@salud.pr.gov">mariae.sachez@salud.pr.gov</a></p>

De necesitar comunicarse con nosotros puede hacerlo a través del 787-765-2929 ext. 5115, 5116, 5117, 5119, 5121, 5137 ó 5139. Contamos con ustedes para completar esta evaluación.

Cordialmente,

### Componente de Elegibilidad

Programa de Asistencia en Medicamentos (ADAP)

Programa de Asistencia en Copagos, Coaseguros y Deducibles (HIAP)