



**\*\*\*ANEJO 1\*\*\***

**Solicitud de Pre-Autorización de Medicamentos para Hepatitis C (VHC)**

<b>1</b>		<b>INFORMACION DEL PACIENTE</b>			
					NUM. PROY. VHC: <u>RW-</u> ID ADAP: _____ AAN-SSSS
<b>Apellido Paterno</b>		<b>Apellido Materno</b>		<b>Nombre</b>	<b>Inicial</b>
Fecha Nacimiento: ____ / ____ / ____ Mes Día Año		Edad:	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Municipio de Residencia: _____	
<input type="checkbox"/> Paciente activo en ADAP Hasta _____ <input type="checkbox"/> Paciente no activo en ADAP OE: _____					
[ ] Se documentó en el expediente la Certificación de Compromiso del paciente. (Favor marcar con una "X" o "✓")					
Manejador de Caso			Núm. de Teléfono	Email	
<b>2</b>		<b>CUBIERTA MÉDICA DEL PACIENTE</b>			
Plan Médico: <input type="checkbox"/> PSG (Medicaid) <input type="checkbox"/> Medicare D (MA/PDP) <input type="checkbox"/> Sin Plan Médico <input type="checkbox"/> Privado					
Nombre(s) y Núm. de Contrato de(l) Plan(es) Médico(s): _____ Fecha Expiración: _____					
<b>3</b>		<b>INFORMACION DEL MÉDICO TRATANTE</b>			
Nombre (en letra de molde): _____				Firma: _____ Fecha: _____ mm / dd / aaaa	
Número de licencia:		NPI:		Clínica:	
Teléfono:		Fax:		Correo electrónico:	
<b>4</b>		<b>MEDICAMENTOS SOLICITADOS</b>			
<b>Marcar e Iniciar (Médico)</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Marcar e Iniciar (Médico)</b>	<b>Medicamento</b>		
	Epclusa 400/100mg (Disponible vía excepción para beneficiarios del PSG con cirrosis descompensada)		Sovaldi 400mg		
	Harvoni 90/400 mg		Vosevi 400/100/100mg		
	Mavyret 100/400mg (Exclusivo para pacientes elegibles que NO poseen PSG u otra cubierta médica)		Zepatier 50/100mg (Prueba de resistencia NS5a requerida para casos Genotipo 1A)		
	Ribavirin 200mg				
*Adjunte la receta	Semanas de tratamiento	<input type="checkbox"/> 08 semanas <input type="checkbox"/> 12 semanas <input type="checkbox"/> 16 semanas <input type="checkbox"/> 24 semanas			
<b>5</b>		<b>JUSTIFICACIÓN MÉDICA</b>			
*Adjunte evidencia de las pruebas a esta solicitud		Carga Viral VHC[_____] Genotipo[_____] Prueba de Fibrosis [_____] Prueba de Resistencia (si aplica) [_____] Carga Viral de VIH [_____] Terapia para VIH [_____]			
<b>6</b>		<b>AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS (Para uso de ADAP)</b>			
<input type="checkbox"/> Se autoriza <u>iniciar</u> tratamiento <input type="checkbox"/> Se autoriza <u>continuar</u> tratamiento <input type="checkbox"/> No se autoriza tratamiento					
APROBADO POR: [_____] FIRMA: [_____]					
FECHA: [_____]					



## Instrucciones para cumplimentar la Solicitud de Pre-autorización de Medicamentos

1. Las secciones 1 y 2 deberán ser completada en todas sus partes por el personal de manejo de caso, con excepción del apartado de la elegibilidad en ADAP. Asegúrese de que el paciente es elegible a ADAP previo a la solicitud.
  - a. Sección 1- Información del paciente
  - b. Sección 2- Cubierta Médica del paciente
  
2. Las secciones 3, 4 y 5 deberán ser cumplimentadas en todas sus partes por el médico.
  - a. Sección 3- Información del Médico que prescribe el medicamento
  - b. Sección 4- Medicamentos solicitados
    - i. Haga una marca de cotejo en la primera columna al lado izquierdo indicando los medicamentos solicitados; escriba sus iniciales al lado de cada marca de cotejo. Adjunte copia de la receta a esta solicitud.
    - ii. Mavyret sólo está disponible para pacientes elegibles a ADAP que **NO** posean el Plan de Salud del Gobierno u otra cubierta médica. Pacientes con planes médicos privados que no poseen cubierta para este medicamento pudiesen ser elegibles también. Evidencia de cubierta médica negativa es requerida para procesar esta pre-autorización.
    - iii. Eplclusa está disponible vía excepción para beneficiarios del PSG con cirrosis descompensada.
  - c. Sección 5 – Justificación Médica
    - i. Provea la información solicitada completando los encasillados y envíe evidencia de los laboratorios o pruebas requeridas junto a esta solicitud.
    - ii. Prueba de Resistencia NS5a es requerida para la aprobación de Zepatier en los casos de Hepatitis C con Genotipo 1A.
  
3. La sección 6 deberá ser completada en todas sus partes por el personal de ADAP.
  
4. Información de Contacto:  
El personal del Programa Ryan White Parte B/ADAP, está a su disposición para contestar dudas o preguntas respecto a esta solicitud. Nos puede contactar al (787) 765-2929, extensiones 5106, 5136 ó 5138.