







ANEJO M

## Solicitud para Pre-Autorización de Pruebas Especializadas

1 INFORMACION DEL PACIENTE				
				# ADAP
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre Inicial
Fecha Nacimiento: ___/___/___ Mes Día Año		Edad:	Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Trans. <input type="checkbox"/> M-F <input type="checkbox"/> F-M	Pueblo de Residencia: <input type="checkbox"/> Paciente nuevo ingreso <input type="checkbox"/> Paciente activo ADAP
2 CUBIERTA MEDICA DEL PACIENTE				
Plan médico: <input type="checkbox"/> Mi Salud <input type="checkbox"/> Medicare A <input type="checkbox"/> Privado. Nombre(s) del Plan(es) Médico(s): _____				
# Contrato:			Fecha Expiración:	
3 INFORMACION DEL MEDICO QUE PRESCRIBE LA PRUEBA				
Nombre (en letra de molde):			Firma:	
Número de licencia:			NPI:	
Diagnóstico:			Clínica:	
Teléfono:		Fax:	Correo electrónico:	
4 PRUEBA SOLICITADA				
Marcar e Iniciar (Médico)	Código LabCorp.	CPT®	Prueba Especializada	
	551920	87900, 87901, 87903, 87906, 87904 x14 units	 <b>PhenoSense GT<sup>®</sup> PLUS INTEGRASE</b> <i>Phenosense GT Plus Integrase</i>	
	551690	87900, 87901, 87903, 87904 x 10	 <b>PhenoSense GT<sup>®</sup></b> <i>Genotype sequence analysis with phenotypic interpretation</i>	
	551700	87900, 87901, 87906	 <b>GenoSure PRIme</b> <i>GenoSure PRIme Assay</i>	
	551776	87900, 87901 y 87906	 <b>GenoSure archive</b> <i>HIV-1 Next Generation DNA Sequencing Assay</i> <b>GenoSure Archive</b>	
	550565	87999	Trofile <sup>®</sup> Select	
	550220	87999	 <b>trofile</b> <i>CO-RECEPTOR TROPISM ASSAY</i> <b>Tropismo Trofile<sup>™</sup></b>	
	550340	87999	 <b>trofileDNA</b> <i>CO-RECEPTOR TROPISM ASSAY</i> <b>Tropismo DNA Trofile<sup>™</sup></b>	
	006926	HLA-B*05701	<b>Hipersensitividad Abacavir</b>	
5 AUTORIZACION DE PRUEBA ESPECIALIZADA (Para uso de ADAP)				
<b>Phenosense GT Plus Integrase</b>	<input type="checkbox"/> Aprobado. Núm. Aprobación:			<input type="checkbox"/> Denegado
<b>Phenosense GT</b>	<input type="checkbox"/> Aprobado. Núm. Aprobación:			<input type="checkbox"/> Denegado
<b>GenoSure PRIme</b>	<input type="checkbox"/> Aprobado. Núm. Aprobación:			<input type="checkbox"/> Denegado
<b>GenoSure Archive</b>	<input type="checkbox"/> Aprobado. Núm. Aprobación:			<input type="checkbox"/> Denegado
<b>Trofile<sup>®</sup> Select</b>	<input type="checkbox"/> Aprobado. Núm. Aprobación:			<input type="checkbox"/> Denegado
<b>Tropismo Trofile<sup>™</sup></b>	<input type="checkbox"/> Aprobado. Núm. Aprobación:			<input type="checkbox"/> Denegado
<b>Tropismo DNA Trofile<sup>™</sup></b>	<input type="checkbox"/> Aprobado. Núm. Aprobación:			<input type="checkbox"/> Denegado
<b>Hipersensitividad Abacavir</b>	<input type="checkbox"/> Aprobado. Núm. Aprobación:			<input type="checkbox"/> Denegado
Autorización Efectiva desde: _____ hasta: _____				
Oficial de Elegibilidad	Recibido	Evaluado	Notificado a la clínica	

## Instrucciones para cumplimentar la Solicitud para Pre-autorización a Pruebas Clínicas Especializadas

1. Las secciones 1 y 2 deberán ser cumplimentadas en todas sus partes por el personal de manejo de caso.
  - a. Sección 1- Información del paciente
  - b. Sección 2- Cubierta Médica del paciente
2. Las secciones 3 y 4 deberán ser cumplimentadas en todas sus partes por el médico.
  - a. Sección 3- Información del Médico que prescribe la prueba
  - b. Sección 4- Prueba Solicitada
    - i. Haga una marca de cotejo en la primera columna al lado izquierdo indicando la(s) prueba(s) solicitada(s); escriba sus iniciales al lado de cada marca de cotejo.
3. La sección 5 deberá ser cumplimentada en todas sus partes por el personal de elegibilidad de ADAP
  - a. Decisión - se deberá hacer marca de cotejo según decisión para cada prueba solicitada. Si la prueba es aprobada deberá anotar el número de aprobación en espacio provisto. Si la prueba es denegada deberá anotar la razón en el espacio provisto.
  - b. Autorización Efectiva – Periodo de 30 días de efectividad de la autorización.
  - c. Oficial de Elegibilidad – nombre del oficial que evalúa la solicitud.
  - d. Recibido - fecha en la que fue recibida la solicitud en el programa.
  - e. Evaluado - fecha en la que fue evaluada la solicitud.
  - f. Notificación a la clínica - fecha en la que fue enviada la solicitud a la clínica con la aprobación y denegatoria de la(s) prueba(s).

#### **4. Información:**

El personal del Programa ADAP, está a su disposición para contestar dudas o preguntas respecto a esta solicitud. Nos puede contactar al (787) 766-2805 extensiones 5107, 5114, 5115, 5116, 5119 ó 5132.