



ANEJO 1

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

1					INFORMACION DEL PACIENTE						
Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre _____ Inicial _____				NUM. PROY. VHC: <u>RW-</u> _____ ID ADAP: _____ AAN-SSSS _____							
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 _____				
2					CUBIERTA MÉDICA DEL PACIENTE						
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: _____											
3					INFORMACION DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE LA PRUEBA						
Nombre (en letra de molde): _____						Firma: _____ Fecha: _____ mm / dd / aaaa					
Número de licencia: _____			NPI: _____			Clínica: _____					
Teléfono: _____			Fax: _____			Correo electrónico: _____					
4					MEDICAMENTOS SOLICITADOS						
Marcar e Iniciar (Médico)		Medicamento			Marcar e Iniciar (Médico)		Medicamento				
		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						
5					JUSTIFICACIÓN MÉDICA						
*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 [_____]									
6					AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS (Para uso de ADAP)						
<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.