



**Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados
Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles**

Programa Ryan White Parte B

**MANUAL
PARA DETERMINAR
LA ELEGIBILIDAD DE PACIENTES
AL PROGRAMA DE ASISTENCIA EN MEDICAMENTOS
VIH/Sida (ADAP)
Y
AL PROGRAMA DE ASISTENCIA EN CO-PAGOS, CO-
ASEGUROS Y/O DEDUCIBLES (HIAP)**

Rev. septiembre/ 2013

TABLA DE CONTENIDO

SECCION	PÁGINA
1. PROGRAMA DE ASISTENCIA EN MEDICAMENTOS VIH/Sida (ADAP).....	4
1.1. Pagador de Último Recurso	4
1.2. Health Insurance Assistance Program (HIAP)	5
1.3. Red de ADAP	6
1.4. Formulario de Medicamentos	7
1.5 ADAPEL	8
1.6. ADAP es un programa “outpatient”	8
2. CERTIFICACION DE ELEGIBILIDAD	10
2.1. Término de Vigencia	10
2.2. Criterios de Elegibilidad	12
2.3. Re-certificación de Elegibilidad a los (6) meses	14
2.4. Re-certificación Anual de Elegibilidad	14
3. CUBIERTA PROVISTA POR OTROS SEGUROS MÉDICOS	16
3.1. Pacientes con el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSGPR)	16
3.2. Pacientes empleados del gobierno de Puerto Rico con el PSGPR	17
3.3. Pacientes con PSGPR y plan médico o seguro de salud privado	17
3.4. Pacientes con planes médicos o seguros de salud privados	17
3.5. Pacientes con Medicare Parte D	19
3.6. Pacientes con beneficios otorgados por la Administración de Veteranos	22
4. PROCEDIMIENTO Y DOCUMENTACIÓN	23
4.1. Procedimiento Regular	23
4.2. Procedimientos en Casos Especiales	28

5. RECERTIFICACION DE ELEGIBILIDAD A LOS (6) MESES	34
6. RECERTIFICACION ANUAL DE ELEGIBILIDAD	37
7. SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN	40
8. SOLICITUD DE REVISIÓN	41
9. INTERPRETACIÓN	42
10. CONFIDENCIALIDAD	43
11. ENMIENDAS	44
12. VIGENCIA	44
13. APROBACIÓN	44

ANEJOS

I. Directorio Red de ADAP

II. Formulario de Medicamentos de ADAP

III. Solicitud de Admisión

IV. Formulario de Referido de ADAPEL

V. DIRECTORIO de MEDICAID

VI. Hoja de Autorización para Divulgar Información Protegida

VII. Hoja de Cierre de Expediente

VIII. Solicitud para pre-autorizaciones de pruebas especializadas

IX. Procedimiento para solicitar las Pruebas Especializadas

X. Notificación de Modificaciones en Terapia

XI. Solicitud Pre-autorización para despacho de Medicamentos

1. PROGRAMA DE ASISTENCIA EN MEDICAMENTOS VIH/Sida (ADAP)

El Programa de Asistencia en Medicamentos VIH/Sida (ADAP, por sus siglas en inglés) provee medicamentos aprobados por la *Food and Drug Administration* (FDA) para tratar la condición del VIH/Sida, prevenir el deterioro de la salud, incluyendo las enfermedades oportunistas y tratar efectos secundarios de la condición. Este programa asiste a personas médico indigentes que no poseen un seguro médico o que si poseen alguno, no tienen cubierta de farmacia o tienen una cubierta limitada de medicamentos. La determinación de médico indigencia se explica con detalle en la **Sección 2** de este Manual bajo el criterio económico.

ADAP es subvencionado por la *Health Resources and Services Administration* (HRSA), agencia federal a cargo de los fondos de la Ley Ryan White. Este programa comenzó a servir clientes en 1987 cuando el Congreso de los Estados Unidos aprobó fondos para ayudar a los estados a comprar AZT, el único medicamento anti-retroviral aprobado para esa fecha. En 1990, ADAP se incorporó al Título II de la entonces recién creada Ley Ryan White. En la actualidad, este programa opera en todos los estados y territorios de los Estados Unidos que reciben fondos de la Ley Ryan White bajo la Parte B (antes Título II).

En el caso de Puerto Rico, ADAP responde al Programa Ryan White Parte B adscrito a la Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles de la Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados del Departamento de Salud de Puerto Rico.

1.1. Pagador de Último Recurso. Como todos los programas sufragados con fondos de la Ley Ryan White, ADAP es un pagador de último recurso (*payer of last resort*), es decir, provee los medicamentos prescritos a las personas con VIH/Sida, siempre y cuando no estén disponibles bajo otras fuentes de fondos, que incluyen seguros médicos privados, Medicare y el Plan de Salud del

Gobierno de Puerto Rico (PSGPR). Por tanto, los beneficiarios que disponen de una cubierta de medicamentos bajo otros seguros de salud similar a la del formulario de ADAP, no son elegibles para recibir medicamentos.

Específicamente, la Sección 2617(b)(7)(F) de la Ley de Ryan White establece que el estado debe asegurar que los fondos otorgados no se utilicen para hacer pagos por cualquier artículo o servicio por el que se haya ya pagado o que razonablemente se espere se haga, con relación a ese artículo o servicio: bajo cualquier programa de compensación del estado; bajo una póliza de seguro; bajo cualquier programa de beneficios de salud federal o estatal; o bajo una entidad que provea servicios de salud a base de pre-pagos (excepto por un programa administrado por o que esté proveyendo servicios bajo el Servicio de Salud Indígena).

1.2. Health Insurance Assistance Program (HIAP). Según la Sección 2616(f)(1) & (2) de la Ley Ryan White, ADAP puede utilizar sus fondos para realizar el pago de los co-pagos, co-aseguros y/o deducibles, que requieren los planes médicos o seguros de salud privados, asegurando de esta forma a las personas con VIH médico indigentes elegibles acceso a sus terapias de medicamentos. Normalmente, estos pagos le corresponden a cada paciente.

Con ese propósito, ADAP creó el Programa de Asistencia en Co-pagos, Co-aseguros y Deducibles (**HIAP**, por sus siglas en inglés) para asistir a pacientes que poseen planes médicos o seguros de salud privados con cubierta de farmacia limitada o ilimitada, con co-pagos, co-aseguros y deducibles inaccesibles por su condición económica. **HIAP** inició el 15 de noviembre de 2010 y provee asistencia en co-pagos, co-aseguros y deducibles exclusivamente para los medicamentos **anti-retrovirales** que se utilizan para tratar la condición del VIH/Sida. Estos medicamentos están incluidos en la Categoría I del Formulario de Medicamentos de ADAP.

La asistencia en co-pagos, co-aseguros y deducibles que **HIAP** provee a los pacientes con VIH médico indigentes elegibles, tiene un tope anual en dólares y centavos que será determinado y revisado por el Programa periódicamente. Si un paciente agota el tope anual establecido por el Programa **antes** de que venza el año desde que comenzó a recibir la asistencia en co-pagos, co-aseguros y deducibles, los próximos co-pagos, co-aseguros y deducibles serán por cuenta de dicho paciente. Cuando un paciente elegible a **HIAP** posee una cubierta de farmacia limitada y agota el tope establecido por su plan médico, éste será reclasificado como **ADAP Puro** bajo el Programa de Asistencia en Medicamentos, que en adelante proveerá al paciente los medicamentos cubiertos por ADAP.

Es importante señalar que **HIAP** estará disponible también para los pacientes que tengan Medicare Parte D (Advantage o PDP) cuando culmine la fase de pruebas del **intercambio de datos** con los **Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)**. ADAP comunicará oportunamente el inicio de **HIAP** para los pacientes con Medicare Parte D.

Un paciente que es beneficiario de **HIAP** puede recoger sus medicamentos en cualquiera de las farmacias que forman parte de la red selectiva de MC-21, Corp. El Departamento de Salud ha contratado a esta empresa para ofrecer servicios como administrador de beneficios de farmacia de ADAP. La red de MC-21 consta de más de 1,000 farmacias localizadas alrededor de la Isla, incluyendo las de varias cadenas de farmacia reconocidas.

1.3. Red de ADAP. Las personas que interesen beneficiarse de los servicios de ADAP pueden solicitarlos en cualquiera de los centros clínicos que forman parte de su red. Esta red está compuesta por:

1.3.1. Ocho (8) Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTETs) y una (1) Clínica Satélite del Departamento de

Salud (DS). Los centros del DS están ubicados en Centro Médico [Centro Latinoamericano de Enfermedades de Transmisión Sexual (CLETS)], Bayamón, Arecibo, Mayagüez, Ponce, Caguas, Carolina, Humacao y Fajardo.

1.3.2. Nueve (9) centros que reciben fondos bajo la Parte C de la Ley Ryan White (antes Título III). Los centros de la Parte C están localizados en San Juan [PRCoNCRA], Bayamón [Centro Epidemiología del Municipio de Bayamón], Lares [incluye su Centro de Salud más un consorcio de (16) centros adicionales], Mayagüez [Migrant Health Center más (2) centros satélites adicionales], Ponce [MED CENTRO], Arroyo [Centro de Salud Familiar Dr. Julio Palmieri], Gurabo [Gurabo Community Health Center – Programa SIVIF], Humacao [Proyecto CIS - Hospital Ryder Memorial] y Loíza [Concilio de Salud Integral].

1.3.3. Iniciativa Comunitaria (Hato Rey) y el Programa Más Salud, SIDA con Salud (Municipio de San Juan), son (2) centros clínicos que se benefician del programa en el Municipio de San Juan.

1.3.4. Centro Ararat (Ponce), Centro Deambulantes Cristo Pobre (Ponce) y la Clínica Especial de la Salud (Municipio de Juana Díaz) son (3) centros clínicos adicionales que también reciben medicamentos de ADAP.

1.3.5. Por último, el Proyecto Renacer de Casa Joven del Caribe (Toa Alta) y los (3) centros clínicos [ACTU, CEMI y GAMMA] adscritos a la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico completan la red de ADAP. Véase **Directorio Red de ADAP, ANEJO I.**

1.4. Formulario de Medicamentos. En el caso particular de Puerto Rico, el Programa de Asistencia en Medicamentos cubre los medicamentos anti-retrovirales, algunos medicamentos para tratar las enfermedades oportunistas y condiciones asociadas al VIH/Sida y otros medicamentos generales. Estos son

catalogados por el Programa de Farmacia del DS como de Categoría I, II y III, respectivamente. Para conocer cuáles medicamentos están incluidos en el **Formulario de ADAP**, véase el **ANEJO II**.

Los medicamentos que están incluidos en el Formulario de ADAP son comprados directamente a las farmacéuticas y a otros distribuidores de medicamentos. Por requerimiento del gobierno federal, los medicamentos se compran a precios de descuento establecidos por la Sección 340 B de la Ley de Servicios de Salud Pública federal. Esta sección permite ahorros sustanciales del precio promedio en el mercado abierto.

Los beneficiarios del Programa de Asistencia en Medicamentos pueden recoger su terapia en las farmacias de los CPTETs del DS, en las farmacias contratadas por ADAP, las farmacias *in house* de los centros adscritos a nuestra red y las farmacias contratadas por estos.

1.5 ADAPEL. Con el propósito de facilitar el acceso a los medicamentos para tratar la condición de VIH/Sida y acelerar el proceso de elegibilidad de ADAP, se estableció un acuerdo de colaboración con el Programa MEDICAID del Departamento de Salud, que lleva el nombre de ADAPEL. Este acuerdo ha estandarizado y agilizado el proceso de evaluación y análisis de la condición económica de las personas con VIH que interesen recibir beneficios de ADAP, a través de cualquiera de las oficinas locales de MEDICAID establecidas alrededor de la Isla. Como se verá en la próxima sección, la determinación de médico indigencia es uno de los criterios de elegibilidad de ADAP.

1.6. ADAP es un programa “outpatient”. ADAP sólo puede proveer medicamentos a personas que estén **fuera** de un entorno hospitalario y/o de una institución correccional. Si una persona está hospitalizada y/o recluida en una institución correccional, ADAP **no** puede proveerle sus medicamentos. En el caso de un entorno hospitalario; los medicamentos deberán ser provistos por la

institución que trata al paciente, según el *per diem* que dicha institución haya acordado con el seguro/ plan médico del paciente o según cualquier programa de asistencia en servicios médico-hospitalarios para pacientes médico indigentes que la institución tenga disponible. En el caso que un paciente esté recluido en una institución penal bajo la Administración de Corrección (AC) o la Administración de Instituciones Juveniles (AIJ), ambas agencias serán responsables de proveer los medicamentos.

2. CERTIFICACION DE ELEGIBILIDAD

Como se dijo en la **Sección 1**, los servicios de asistencia en medicamentos bajo ADAP y los de asistencia en co-pagos, co-aseguros y/o deducibles bajo **HIAP** están disponibles exclusivamente para pacientes elegibles. El Programa tiene un Componente de Elegibilidad cuya responsabilidad es determinar quién es beneficiario o no a los servicios de asistencia disponibles.

La determinación de elegibilidad de los pacientes dependerá del resultado de la evaluación de cada caso sometido al Programa, según los criterios que se describen en la **Sección 2.2**.

2.1. Término de Vigencia. El período de vigencia de la elegibilidad de los pacientes ADAP/ MI Salud y de **HIAP** será de hasta un máximo de **(1) año** contado desde la fecha en que se determina dicha elegibilidad por el Programa ADAP. El período de vigencia de la elegibilidad de los pacientes **ADAP Puros** será de hasta un máximo de **(6) meses** contados desde la fecha en que se determina dicha elegibilidad.

Excepciones:

2.1.1. Si un paciente posee el PSGPR (MI Salud) solamente, la vigencia de la elegibilidad de ADAP será de hasta un máximo de (1) año, a menos que venza primero la vigencia del PSGPR; en cuyo caso, la vigencia será hasta la fecha de vencimiento del PSGPR. La vigencia de la elegibilidad de ADAP se contará desde la fecha en que el Programa determina dicha elegibilidad.

2.1.2. Si un paciente posee un seguro/ plan médico privado, la vigencia de la elegibilidad de ADAP será de hasta un máximo de (1) año, a menos que venza primero la vigencia del seguro/ plan médico privado; en cuyo caso, la vigencia será hasta la fecha de vencimiento del seguro/ plan médico privado. La vigencia

de la elegibilidad de ADAP se contará desde la fecha en que el Programa determina dicha elegibilidad.

2.1.3. Si un paciente posee un seguro/ plan médico privado y también el PSGPR, la vigencia de la elegibilidad de ADAP será de hasta un máximo de (1) año, a menos que venza primero la vigencia del seguro/ plan médico privado o la del PSGPR; en cuyo caso, la vigencia será hasta la fecha de vencimiento del seguro/ plan médico privado o la del PSGPR, la que venza primero. La vigencia de la elegibilidad de ADAP se contará desde la fecha en que el Programa determina dicha elegibilidad.

2.1.4. Si un paciente posee Medicare exclusivamente, en sus formas de Prescription Drug Plan (PDP) o Medicare Advantage, estos pacientes no son elegibles para ADAP, según se establece en la **Sección 3.5.2.3** de este Manual. Cuando el **HIAP** esté disponible para ellos, el Programa lo informará oportunamente.

2.1.5. Los pacientes que poseen el PSGPR y también Medicare Advantage, conocidos como **Medicare Platinos**, **NO** son elegibles al Programa de Asistencia en Medicamentos bajo ADAP ni **tampoco** son elegibles al Programa de Asistencia en Co-pagos, co-aseguros y/o deducibles bajo **HIAP**. (Véase contra-referencia en la **Sección 3.5.3**)

2.1.6. Se clasificarán como **ADAP Puros** los pacientes que siguen a continuación:

2.1.6.1. Si es indocumentado; o

2.1.6.2. Si no posee ningún seguro/ plan médico (PSGPR o privado); o

2.1.6.3. Si posee un seguro/ plan médico privado pero su cubierta de farmacia no incluye los medicamentos que le han sido recetados y que están cubiertos por el Formulario de Medicamentos de ADAP.

La vigencia de la elegibilidad de los pacientes **ADAP Puros** será de hasta un máximo de **(6) meses**, a menos que venza primero la vigencia del seguro/ plan médico privado si tienen alguno. La vigencia de la elegibilidad de ADAP se contará desde la fecha en que el Programa determina dicha elegibilidad.

2.2. Criterios de Elegibilidad. ADAP ha establecido cinco criterios para que una persona sea elegible para participar de los beneficios de asistencia en medicamentos y/o asistencia en co-pagos, co-aseguros y deducibles. Estos criterios se describen a continuación:

2.2.1. Comprobación de Identidad. La persona que solicita ingreso al Programa ADAP deberá proveer copia de una identificación con foto al manejador de caso que trabaje su caso en cualquiera de los centros clínicos de la red de ADAP. Si la persona que solicita ingreso no posee una identificación con foto, el Programa ADAP podrá aceptar, por excepción, que la identidad del paciente se verifique a través de cualquier otro documento personal fehaciente (ejemplo: declaración jurada) o declaración escrita firmada por el paciente que evidencie la misma y que el manejador de caso así lo certifique. Esta excepción es particularmente aplicable, por ejemplo, para pacientes menores de edad, deambulantes o encamados.

2.2.2. Residencia. El solicitante tiene que haber establecido su residencia permanentemente en cualquiera de los (78) municipios de Puerto Rico, por un período **no** menor de (60) días. Se evidencia la residencia a través de los documentos enumerados en la **Sección 4.1.4.4** de este Manual.

2.2.3. Clínico. La persona tiene que ser **VIH positiva**. Se evidencia que el paciente tiene la condición VIH/Sida a través de una prueba confirmatoria de:

- **“Western Blot”**; o

- **Pruebas de laboratorio de Carga Viral (Viral Load) y CD4 (si es paciente que ha recibido tratamiento para la condición de VIH/Sida y la prueba de Western Blot no está disponible)**, con fecha de expedición no mayor de **seis (6) meses** anteriores a la fecha de solicitud.

2.2.4. Ingreso. Para que un paciente sea elegible al Programa ADAP, debe tener un ingreso acreditable igual o inferior al 200% del **Nivel de Pobreza Federal (NPF)**.

El ingreso acreditable lo determina el Programa de Medicaid del DS, según los criterios que dicho programa tiene establecidos y lo informa en una Certificación de Elegibilidad (Forma MA-10). El Departamento de Salud y Servicios Humanos federal (HHS, por sus siglas en inglés) es la agencia que establece el NPF en la guía que publica a principios de cada año. Dicha guía establece los parámetros de médico-indigencia para el Programa ADAP.

Si el ingreso acreditable del solicitante y de su núcleo familiar **no** excede el **200%** del NPF, el paciente solicitante cumplirá con el criterio económico de ADAP.

2.2.5. Cubierta de Medicamentos a través de otro seguro médico. Los beneficiarios de ADAP bajo el Programa de Asistencia en Medicamentos **no** pueden poseer una cubierta de farmacia bajo otro seguro/ plan médico (PSGPR o privado) que incluya los medicamentos del formulario de ADAP. Si el paciente posee un seguro/ plan médico (PSGPR o privado) con cubierta de farmacia, ADAP podrá cubrir exclusivamente los medicamentos que **no** estén incluidos en la cubierta de farmacia de dicho seguro médico.

Por otro lado, los beneficiarios de **HIAP deben** poseer un seguro/ plan médico privado con cubierta de farmacia para medicamentos anti-retrovirales. Estos,

además, deben cumplir con los **cuatro** criterios de elegibilidad descritos anteriormente.

IMPORTANTE: El personal de manejo de casos que trabaja en cada uno de los centros clínicos que forman parte de la red de ADAP debe someter al Programa ADAP la documentación requerida para cada uno de los criterios detallados antes mencionados de cada paciente, según se indica en la **Sección 4** sobre **PROCEDIMIENTO Y DOCUMENTACIÓN** de este manual.

2.3. Re-certificación de Elegibilidad a los (6) meses

HRSA requiere que ADAP re-certifique a todos sus pacientes elegibles cada (6) meses, contados desde el primer día en que se haya determinado su elegibilidad. Esto significa que ADAP tiene que evaluar si los criterios de elegibilidad de cada paciente sobre residencia, ingreso y cubierta de medicamentos a través de otro seguro/ plan médico (aseguramiento) han cambiado o si se han mantenido inalterados desde la última evaluación. Este requisito es de **estricto** cumplimiento. En la **Sección 5** de este manual se describe el procedimiento a seguir para re-certificar a los pacientes a los (6) meses.

2.4. Recertificación Anual de Elegibilidad

HRSA tiene la expectativa de que por lo menos una vez al año (sea definido éste como un período de [12] meses o [1] año calendario), la re-certificación de todos los pacientes del Programa ADAP incluya la recopilación de los mismos documentos que se requirieron para la determinación de elegibilidad inicial (certificación).

Cumpliendo con esta expectativa, el Programa ha definido este proceso como una recertificación anual de la elegibilidad de los pacientes ADAP/ MI Salud y **HIAP**. Este proceso consiste en la concesión de un nuevo periodo de elegibilidad a participantes elegibles que hayan sido beneficiarios del Programa

ADAP durante el período de tiempo inmediatamente anterior a la nueva recertificación. Durante el proceso de recertificación anual, el Programa ADAP evaluará nuevamente si los criterios de elegibilidad de cada paciente sobre residencia, ingreso y cubierta de medicamentos a través de otro seguro/ plan médico (aseguramiento) han cambiado o si se han mantenido inalterados desde la última re-certificación de (6) meses. En la **Sección 6** de este Manual se describe el procedimiento a seguir para la recertificación anual de los pacientes ADAP/ MI Salud y **HIAP**.

3. CUBIERTA PROVISTA POR OTROS SEGUROS MÉDICOS

Como regla general, cuando un paciente posee un plan médico o seguro de salud privado con cubierta de farmacia completa para todos los medicamentos que están cubiertos por ADAP, incluyendo los anti-retrovirales, **no** es elegible al Programa ADAP.

Sin embargo, puede haber situaciones particulares sobre la cubierta de medicamentos del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico y planes médicos privados donde ADAP sí podría ofrecer cubierta como pagador de último recurso.

Veamos a continuación, algunas de ellas.

3.1. Pacientes con el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (PSGPR)

Si los medicamentos prescritos **están** incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL, por sus siglas en inglés) del Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico administrado por la Administración de Seguros de Salud (ASES), el paciente **no** es elegible para ADAP bajo el Programa de Asistencia en Medicamentos. El paciente será orientado a obtener dichos medicamentos a través de la red de farmacias del PSGPR.

Los medicamentos anti-retrovirales incluidos al presente en la Lista de Medicamentos Preferidos del PSGPR son: Combivir, Epivir, Rescriptor, Retrovir, Sustiva, Trizivir, Videx, Videx EC, Viramune, Zerit y Ziagen.

Si los medicamentos prescritos **no** están incluidos en el PDL del PSGPR, el paciente es elegible para ADAP bajo el Programa de Asistencia en Medicamentos para los medicamentos que no están incluidos en dicha lista.

Los medicamentos anti-retrovirales que no están incluidos al presente en la Lista de Medicamentos Preferidos del PSGPR son: Atripla, Complera, Edurant, Emtriva, Epzicom, Fuzeon, Intelence, Isentress, Selzentry, Truvada y Viread y todos los Inhibidores de Proteasa.

3.2. Pacientes empleados del gobierno de Puerto Rico con el Plan de Seguro de Salud el Gobierno de Puerto Rico (PSGPR)

Los pacientes que trabajan en el Gobierno de Puerto Rico que optaron por elegir el PSGPR como su plan médico y por tanto, cedieron su aportación patronal al mismo, les aplica la misma regla anterior. Es decir, ADAP podrá cubrir exclusivamente los medicamentos que no estén incluidos en la Lista de Medicamentos Preferidos del PSGPR.

3.3. Pacientes con PSGPR y plan médico o seguro de salud privado.

Hay pacientes con el PSGPR que poseen, además, un plan médico o seguro de salud privado. Estos pacientes tienen una doble cubierta: primero, la del plan médico o seguro de salud privado y segundo, la del PSGPR. Es decir, el plan médico o seguro de salud privado es el 1er pagador y el PSGPR es el 2do pagador. Si el medicamento prescrito no está cubierto por el plan médico o seguro de salud privado como pagador 1ro ni por el PSGPR como pagador 2ro, lo podría cubrir ADAP como último pagador, si el medicamento está en el Formulario de ADAP y éste no está cubierto por el plan médico o seguro de salud privado ni por el PSGPR.

3.4. Pacientes con planes médicos o seguros de salud privados

3.4.1. Si el paciente dispone de una cubierta de medicamentos **completa** para el tratamiento de la condición VIH/Sida bajo un plan médico o seguro de salud privado, el paciente **no** es elegible a ADAP. El paciente será orientado por el

manejador de casos a obtener sus medicamentos en la red de proveedores de la aseguradora privada correspondiente. Si el paciente no puede costear los co-pagos, co-aseguros y/o deducibles de su terapia antirretroviral, puede solicitar los servicios de **HIAP**.

3.4.2. Un paciente puede poseer una cubierta de medicamentos **limitada** para el tratamiento de la condición VIH/Sida bajo un Plan Médico Privado.

Por cubierta **limitada** se entenderá lo siguiente:

3.4.2.1. Que el Plan Médico Privado no cubre la totalidad de los medicamentos anti-retrovirales aprobados por la FDA. En este caso, el paciente deberá presentar una certificación del plan médico o seguro de salud privado indicando que los medicamentos prescritos no están cubiertos por la aseguradora privada. Este podrá recibir los beneficios bajo el Programa de Asistencia en Medicamentos de ADAP.

3.4.2.2. Que el Plan Médico Privado dispone en su cubierta de medicamentos un tope de dinero. Si el paciente está bajo esta situación, deberá presentar una certificación del plan médico o seguro de salud privado, que indique los detalles de la cubierta de farmacia, incluyendo la cantidad del tope y los co-pagos, co-aseguros o deducibles aplicables, antes y después del tope.

3.4.2.3. Que para acceder a los medicamentos anti-retrovirales cubiertos por el plan médico o seguro de salud privado, el paciente tiene que pagar un co-pago, co-aseguro y/o deducible. En este caso, el paciente podría ser elegible a recibir asistencia en co-pagos, co-aseguros y/o deducibles a través de **HIAP**.

Un **co-pago** es una cantidad fija de dinero que una aseguradora establece como pago por cada medicamento. Un **co-aseguro** es cuando esa cantidad de dinero representa un por ciento del costo del medicamento. Un **deducible** es cuando la aseguradora establece una cantidad de dinero que debe ser pagada por el paciente antes de que el plan comience la cubierta de los medicamentos.

3.5. Pacientes con Medicare Parte D

Según información publicada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), Medicare es el seguro de salud federal que cubre a personas de (65) años o más que reciben beneficios del Seguro Social, personas incapacitadas por el Seguro Social después de (24) meses de haber sido efectiva la incapacidad y personas de cualquier edad con daño permanente del riñón, que estén en diálisis o haber sido trasplantado del riñón.

Hay dos maneras de obtener la cubierta de la Parte D.

3.5.1. Plan de Medicinas Recetadas de Medicare (PDP)

Todas las personas con Medicare Parte A (Seguro de Hospital) solamente o Parte A (Seguro de Hospital) más la Parte B (Seguro Médico), cualifican para la Parte D (Cubierta de Medicamentos).

El paciente puede inscribirse en un Plan de Medicinas Recetadas (PDP, por sus siglas en inglés) que añada la cubierta de medicamentos al Plan Tradicional de Medicare. Este PDP es ofrecido por compañías de seguro contratadas por la agencia federal CMS para tener acceso a la Parte D de medicamentos. Los pacientes que seleccionen a un PDP pagan por la prima, co-pagos y deducibles que esos planes tengan en su cubierta de medicinas. Estas aseguradoras

ofrecen cubierta de medicinas solamente para las personas que deseen quedarse con su Medicare tradicional y un plan de medicinas recetadas.

Los pacientes que estén suscritos bajo este plan **no** son elegibles bajo el Programa de Asistencia en Medicamentos de ADAP. Cuando esté disponible **HIAP** para los pacientes de Medicare Parte D, estos pacientes podrán solicitar ingreso para recibir asistencia en copagos, co-aseguros y/o deducibles.

3.5.2. Plan Medicare Advantage con Parte D (MA-PD)

La segunda opción para obtener la Parte D es afiliarse en un Plan Medicare Advantage. El paciente debe cumplir con los siguientes tres criterios:

3.5.2.1. Tener la Parte A y la Parte B;

3.5.2.2. Vivir en el área de servicio del plan; y

3.5.2.3. No tener una condición renal en etapa terminal (diálisis o trasplante de riñón).

El paciente puede inscribirse en un Plan Medicare Advantage que incluya como parte del plan, la cubierta de medicamentos. Los Planes Medicare Advantage son las opciones de planes de salud aprobadas por Medicare y ofrecidos por compañías de seguro privadas aprobados por CMS. Son parte del Programa Medicare y a veces llamados la “Parte C” de Medicare. Los pacientes que seleccionen un Plan Medicare Advantage con Parte D tendrán acceso a todos los servicios de Medicare, servicios adicionales no cubiertos por Medicare y cubierta de medicina recetadas. Algunos de estos planes requieren referidos para ver especialistas. En muchos casos, las primas o co-pagos pueden ser más bajos en un Plan Medicare Advantage que en un Plan de Medicare tradicional.

Los pacientes que estén suscritos bajo este plan **no** son elegibles bajo el Programa de Asistencia en Medicamentos de ADAP. Cuando esté disponible **HIAP** para los pacientes de Medicare Parte D, estos pacientes podrán solicitar ingreso para recibir asistencia en copagos, co-aseguros y/o deducibles.

3.5.3. Medicare y el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico (Elegibles duales)

Existe una variante a la segunda manera de obtener la cubierta de la Parte D de Medicare. Esta variante está disponible para los pacientes que son elegibles al Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico. Si un paciente es elegible al PSGPR puede recibir los servicios de la Parte D a través del PSGPR o puede afiliarse a un Plan Medicare Advantage (MA-PD) bajo Medicare Platino que tenga contrato con el gobierno de Puerto Rico. Este plan le ofrecerá al paciente todos los servicios recibidos a través de Medicare, servicios adicionales no cubiertos por Medicare y la cubierta de medicinas recetadas de Medicare Parte D que cubre todos los medicamentos para tratar la condición de VIH/SIDA.

Los pacientes que estén suscritos bajo este plan **no** son elegibles al Programa ADAP, excepto si alguno de los medicamentos de categoría II y III en su terapia no está cubierto por su plan médico.

Para obtener mayor información sobre los servicios cubiertos por Medicare y las compañías contratadas para ofrecer los PDP o los MA-PD, puede comunicarse al teléfono 1 (800) 633-4227 o acceder al sitio de Internet www.medicare.gov. CMS, la agencia federal a cargo de administrar a los programas de Medicare y Medicaid, publica en español todos los años un folleto que se titula "Medicare y Usted" donde también se ofrece información detallada sobre los servicios de este seguro federal.

3.6. Pacientes con beneficios otorgados por la Administración de Veteranos

Los pacientes que reciban beneficios como veteranos de las fuerzas armadas del Ejército de los Estados Unidos, pueden ser referidos inmediatamente a la Sala de Emergencia del Hospital de Veteranos en San Juan o a cualquiera de sus Clínicas Ambulatorias. La Administración de Veteranos (AV) tiene clínicas ambulatorias (satélites) en los municipios de Arecibo, Guayama, Mayagüez y Ponce. La AV cubre la totalidad de los medicamentos anti-retrovirales para tratar la condición del VIH/SIDA.

El ***Policy Notice # 07-07*** publicado por HRSA provee información sobre la prestación de servicios bajo RW a Veteranos con VIH, que también son elegibles a servicios de salud bajo la Administración de Veteranos (AV). Este *policy* exime a este grupo de aplicarle la política de pagador de último recurso, por lo que el paciente tiene la opción de decidir dónde recibir los servicios para la condición del VIH: si bajo la Administración de Veteranos o bajo ADAP. Por tanto, el Programa RW no puede denegar servicios a los veteranos, incluyendo el servicio de medicamentos.

4. PROCEDIMIENTO Y DOCUMENTACIÓN

4.1. Procedimiento Regular

4.1.1. Toda persona que vive con VIH/Sida que llegue por primera vez a un Centro de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) del Departamento de Salud o a cualquiera de los Centros Clínicos que en la actualidad reciben medicamentos financiados con fondos de ADAP, deberá dirigirse a un Manejador de Caso para que éste proceda a orientarle sobre la Solicitud de Ingreso al Programa y el trámite a través del Programa de MEDICAID.

4.1.2. El Manejador de Caso completará en todas sus partes la Solicitud de Admisión al Programa ADAP (**Véase ANEJO III**) para cada paciente, le abrirá un expediente de ADAP y solicitará al paciente la documentación requerida en la **Sección 4.1.4.**

4.1.3. Todo solicitante deberá ser evaluado por el Programa de MEDICAID para determinar su elegibilidad económica. La evaluación económica se tramitará por el personal de manejo de caso mediante un referido escrito (**Véase ANEJO IV – Forma de Referido de ADAPEL**) a la oficina local de MEDICAID más cercana o al técnico de MEDICAID designado. El **ANEJO V** provee un **DIRECTORIO de MEDICAID**. MEDICAID emitirá una Certificación de elegibilidad (Forma MA-10) con el ingreso acreditable correspondiente. El solicitante deberá proveer copia de la determinación de elegibilidad de MEDICAID (Forma MA-10) conteniendo el ingreso acreditable a su Manejador de Caso. Este remitirá la MA-10 al personal de ADAP que la utilizará para determinar la elegibilidad económica del paciente. ADAP requiere que se presente la Forma MA-10 de todo paciente para constatar la médico indigencia.

EXCEPCIÓN: Los solicitantes indocumentados **no** serán evaluados por el Programa MEDICAID. Su evaluación económica la realizará el personal de elegibilidad de ADAP y aquellos deberán someter toda la información de ingresos que solicite el Programa según la **Sección 4.1.4.5** para comprobar su estado de médico indigencia.

4.1.4. El solicitante someterá la siguiente documentación en un término no mayor de **30** días calendario contados desde el recibo de la Solicitud de Admisión en el Programa:

4.1.4.1. Solicitud de Admisión al Programa de ADAP

4.1.4.2. Identificación con foto o por excepción, cualquier otro documento personal fehaciente que evidencie la identidad del paciente, según se establece en la Sección 2.2.1. de este Manual.

4.1.4.3. Hoja de Autorización para Divulgar Información Protegida (Véase **ANEJO VI**)

4.1.4.4. Evidencia de residencia

4.1.4.4.1. Factura de agua, luz, compañía de cable o TV satelital, teléfono o carta del dueño de la propiedad donde reside el paciente.

4.1.4.4.2. Si el paciente no puede presentar evidencia de los documentos anteriores, puede presentar su licencia de conducir.

4.1.4.5. Evidencia de ingresos igual o por debajo del 200% de Nivel de Pobreza Federal (NPF)

4.1.4.5.1. Certificación de elegibilidad de Medicaid [MA-10] con ingreso acreditable; o

4.1.4.5.2. Declaración escrita firmada por el paciente (para pacientes indocumentados).

4.1.4.6. Confirmación de la condición del VIH a través de las pruebas:

4.1.4.6.1. “Western Blot”; o

4.1.4.6.2. Pruebas de laboratorio de Carga Viral (Viral Load) y CD4 - si es paciente que ha recibido tratamiento para la condición de

VIH/Sida y la prueba de Western Blot no está disponible, con fecha de expedición no mayor de **6 meses** anteriores a la fecha de la solicitud.

4.1.4.7. Evidencia de plan médico o seguro de salud

4.1.4.7.1. Copia de la tarjeta del plan médico o seguro de salud (PSGPR/MI Salud, plan médico privado o Medicare).

4.1.4.7.2. Carta Cubierta Especial (sólo aplica a pacientes del PSGPR).

4.1.4.7.3. Certificación del plan médico o seguro de salud privado con los detalles de la cubierta de farmacia (Fecha de efectividad-expiración, tope de cubierta, co-pagos, co-aseguros y/o deducibles aplicables antes y después del tope, si cubre los medicamentos recetados).

4.1.4.7.4. Carta de Cancelación del plan médico o seguro de salud privado, si aplica.

La entrega de los documentos podrá hacerse personalmente en las oficinas de ADAP, vía facsímil (FAX) al (787) 766-7015 ó (787) 766-7016, vía mensajero oficial, a través de un correo electrónico protegido o mediante correo interno, si es un CPTET del Departamento de Salud.

NOTA IMPORTANTE: De no someter la documentación requerida en un término de **(30)** días calendario contados desde el recibo de la Solicitud de Admisión en el Programa, el Programa ADAP inactivará la solicitud sometida. El paciente así inactivado, tendrá que someter nuevamente una solicitud de admisión nueva con todos los documentos requeridos para evidenciar el cumplimiento con los criterios de elegibilidad.

4.1.5. Si el Manejador de Caso identifica a un paciente VIH/Sida como médico-indigente, con domicilio en Puerto Rico y éste **no** dispone de un seguro médico, deberá iniciar gestiones para que ese paciente sea evaluado con la mayor

brevidad posible por la oficina de MEDICAID que mejor le convenga al paciente para que se determine si es elegible o no al PSGPR/MI Salud. Si por razones de confidencialidad, el paciente manifiesta tener reservas para evaluarse en la oficina de MEDICAID más cercana a su residencia, el Manejador de Caso podrá también referirlo a cualquiera de las oficinas de MEDICAID localizadas en cada una de las regiones de Puerto Rico. **Este es un requerimiento indispensable para que ADAP conceda un periodo de gracia autorizando el despacho de medicamentos provisionalmente, mientras el paciente gestiona su ingreso o re-ingreso al PSGPR. El paciente podrá designar por escrito a un representante para que le autorice a realizar gestiones en la oficina de Medicaid.**

4.1.6. El Manejador de Caso enviará copia de la documentación **completa** al Programa ADAP para que éste emita una determinación final **oficial** sobre su elegibilidad.

IMPORTANTE: NINGÚN PACIENTE PODRÁ RECIBIR ASISTENCIA EN MEDICAMENTOS DE ADAP O ASISTENCIA EN CO-PAGOS BAJO HIAP, SI NO TIENE LA APROBACIÓN PREVIA DEL PROGRAMA.

4.1.7. **Término de aprobación:** ADAP tomará una determinación **oficial** sobre si el paciente es elegible a recibir servicios de medicamentos o de asistencia en co-pagos, co-aseguros y/o deducibles (***HIAP***), mediante una notificación escrita en un período no mayor de **14 días calendario** contados desde el recibo de la solicitud de admisión **completa** en la Oficina del Programa Ryan White Parte B (nivel central), con **toda** la documentación de apoyo requerida que evidencie el cumplimiento con los criterios de elegibilidad, incluyendo la evaluación de MEDICAID. La determinación final se remitirá vía facsímil (FAX) o a través de un correo electrónico protegido al centro clínico donde el paciente recibe servicios y a su farmacia correspondiente, de ésta solicitarlo. Esta determinación podrá entregarse también personalmente en la oficina central del Programa.

Si el Programa determina que un paciente es elegible a **HIAP**, se emitirá, además, una tarjeta de identificación que lo acredite como tal. Esta tarjeta será la que el paciente presentará posteriormente para recoger sus medicamentos en la farmacia de su preferencia y que pertenezca a la Red Selectiva de MC-21. En lo que se emite la tarjeta, el paciente podrá presentar la notificación oficial de **HIAP** para buscar sus medicamentos.

4.1.8. Periodo de Gracia: Se aprobarán provisionalmente medicamentos por un término de **(30) días calendario** al paciente que no disponga de un seguro médico y se encuentre en gestiones de ingreso a un plan médico o seguro de salud, ya sea, al PSGPR, a un plan médico o seguro de salud privado con cubierta de medicamentos completa para VIH/Sida, a un Plan de Medicinas Recetadas de Medicare Parte D [PDP] o a un Plan Medicare Advantage con Parte D [MA-PD].

En situaciones extraordinarias, el Programa ADAP podrá reconsiderar extender el período por (30) días adicionales si se demuestra que el proceso de registrar a un paciente en el PSGPR, en un plan médico o seguro de salud privado o en Medicare Parte D no se ha podido culminar por razones ajenas a la voluntad del paciente.

La aprobación provisional de medicamentos se realizará caso por caso y si los recursos económicos del Programa así lo permiten.

4.1.9. Cierre de Expedientes. El Programa ADAP provee una **Hoja de Cierre de Expediente** (Véase **ANEJO VII**) para que el personal de manejo de caso de los centros clínicos complete la información allí requerida, en caso de que un paciente haya dejado de recibir servicios de ADAP en el centro clínico donde los recibía. Las razones para cerrar un expediente son, entre otras: muerte, pérdida de contacto, rechazo de servicios, ingreso a sistema correccional, mudanza de

su residencia fuera de Puerto Rico y traslado a otro centro clínico. Esta hoja debe completarse para evidenciar el cese de servicios de ADAP a un paciente específico en un centro clínico particular.

4.2. Procedimientos en Casos Especiales

4.2.1. Casos de Emergencia. ADAP tramitará como Casos de Emergencia las solicitudes de admisión al programa de los casos que siguen a continuación:

- los pacientes que fueron inactivados por el PSGPR/MI Salud y se encuentren sin medicamentos;
- los pacientes nuevos que estén sin terapia y que tengan lecturas críticas de CD4 y Carga Viral y/o presencia de alguna condición oportunistas. La lectura crítica de los indicadores clínicos antes mencionados y/o la presencia de una condición oportunistas tendrá que ser certificada por un médico autorizado por ADAP a prescribir medicamentos.
- las mujeres embarazadas **sin** medicamentos;
- los casos pediátricos **sin** medicamentos. Se considera un caso pediátrico toda persona menor de 21 años.
- los pacientes **sin** medicamentos que vengan de otra jurisdicción o estado de E.E.U.U. y demuestren haber estado en tratamiento para la condición del VIH.
- los pacientes **HIAP** que pasen a ser **ADAP/ MI Salud** o **ADAP Puros**.

En caso de ser necesario, deberá mediar una coordinación telefónica entre el Manejador de Caso y el técnico designado por MEDICAID, con el propósito de dar prioridad y agilizar la evaluación de elegibilidad económica del paciente identificado como caso de emergencia.

4.2.2. Pruebas Especializadas. Pruebas de laboratorio especializadas, tales como, tropismo, tropismo DNA, HLA-B5701, PhenoSense GT, PhenoSense Integrasa y GenoSure Prime, pueden ser costeadas con fondos de ADAP, si los

fondos están disponibles. De ser así, esto será notificado a todos los centros clínicos de la red de ADAP antes del inicio de cada año fiscal del programa. El año fiscal del Programa Ryan White Parte B comienza en el mes de abril y finaliza en el mes de marzo del año siguiente.

Las pruebas estarán disponibles exclusivamente para pacientes que son elegibles a ADAP. Si un médico ordena para un paciente una o más de las pruebas especializadas cubiertas por ADAP, el manejador de caso tiene que completar la **Solicitud para pre-autorizaciones de pruebas especializadas (Véase ANEJO VIII)**. Si el paciente a quien se le ordena la(s) prueba(s) no es elegible a ADAP, el manejador de caso debe solicitarle al paciente admisión al Programa, siguiendo el procedimiento descrito anteriormente en las secciones **4.1.1.** a **4.1.6.** El **ANEJO IX** contiene el **Procedimiento para solicitar las Pruebas Especializadas.**

4.2.3. Personas que han tenido exposiciones accidentales. La Orden Administrativa #246 del Departamento de Salud, emitida el 23 de diciembre de 2008, establece la política pública sobre el protocolo de profilaxis post-exposición percutánea al VIH de niños/as y el protocolo post exposición al VIH no ocupacional para adultos. Según se indica en dicha orden, la exposición percutánea envuelve todo incidente donde haya contacto entre piel no intacta y sangre infectada con el VIH o fluidos potencialmente infecciosos como el semen o las secreciones vaginales. Los eventos que conllevan riesgo de transmisión del VIH incluyen pinchazos con agujas de jeringuillas descartadas en lugares públicos, mordeduras que envuelven rompimiento de la piel y contacto con sangre infectada y abuso sexual. La exposición al VIH no ocupacional se define como cualquier contacto directo a mucosa, percutáneo o intravenoso con líquidos corporales potencialmente infecciosos que pueden ocurrir fuera del ámbito ocupacional o perinatal.

Las personas que han sufrido este tipo de exposición **no** podrán beneficiarse de los medicamentos de ADAP porque no cumplen con el requisito fundamental establecido en la Ley de Ryan White, i.e. ser portador del VIH. Las personas que hayan tenido exposiciones accidentales podrán ser referidas a salas de emergencia de los hospitales o centros de salud radicados en la jurisdicción de Puerto Rico o a los CPTETs del DS, para que reciban el tratamiento establecido por las guías de tratamiento del *Public Health Service* y que están claramente detalladas en dicha Orden Administrativa. Los medicamentos anti-retrovirales deben ser provistos, en primera instancia, por las salas de emergencia antes mencionadas en lo que el paciente pueda ser referido a su médico primario y/o a un CPTET del DS.

Las aseguradoras han establecido un protocolo de profilaxis para despachar el/los medicamentos a los beneficiarios del PGSPR/MI Salud que hayan sufrido post-exposición percutánea al VIH de niños/as y post exposición al VIH no ocupacional para adultos.

4.2.4. Pacientes que no han sido adherentes a su tratamiento. Si un paciente falla en recoger sus medicamentos en por lo menos **seis (6) meses consecutivos** durante un período de elegibilidad de **nueve (9) meses** y/o se demuestra que no está cumpliendo con la terapia anti-retroviral y las recomendaciones médicas prescritas, se dará dado de baja automáticamente de ADAP. Esta determinación se notificará por escrito al centro clínico.

Si posteriormente el paciente interesa re-ingresar al Programa ADAP, el personal de Manejo de Caso iniciará el proceso de solicitud de admisión al Programa y lo remitirá para la correspondiente evaluación ulterior.

4.2.5. Cambios de Terapia.¹ Si el médico decide por razones clínicas cambiarle la terapia de medicamentos provista por el Programa ADAP (ya sea anti-retroviral, para tratar las condiciones oportunistas o los efectos secundarios de la

terapia) a un paciente **activo** en el Programa ADAP [ADAP/ MI Salud o ADAP Puro] y el paciente posee un plan médico privado pero **no** es participante del Programa HIAP, el manejador de caso deberá completar el Formulario **Notificación de Modificaciones en Terapia** (Véase **ANEJO X**) y remitirlo al Programa de forma **inmediata**. El envío de la Notificación puede hacerse vía mensajero oficial, facsímil (Fax/ 787.766.7015) o mediante correo interno, si se genera desde uno de los CPTET del Departamento de Salud, a las oficinas centrales del Programa ADAP. Las oficinas están ubicadas en el primer piso del Edificio WIC, calle Trinidad #198, urbanización Piñeiro, Hato Rey, P.R. También podrán ser enviadas por correo regular al Departamento de Salud Programa Ryan White Parte B, Programa ADAP, P.O. Box 70184 San Juan, PR 00936-0184. En resumen, los cambios de terapia realizados a pacientes con planes médicos o seguros de salud privados que no sean beneficiarios de HIAP, serán los **únicos** que serán notificados al Programa.

Una vez se reciba en el Programa la Notificación, el Oficial de Elegibilidad correspondiente evaluará la misma verificando si el/los medicamento/s añadido/s están cubiertos por el plan médico o seguro de salud privado que posee el paciente. Esta verificación es para cumplir con la disposición del pagador de último recurso. Cada Oficial de Elegibilidad tendrá un término de **(5)** días laborables para aprobar o denegar el cambio y notificarlo al centro clínico que corresponda.

4.2.5.1. Selzentry (maraviroc).² Si el médico decide por razones clínicas cambiar la terapia anti-retroviral prescrita de un paciente para iniciar o añadir al medicamento Selzentry® (*maraviroc*) 150 y 300 mg, deberá seguir rigurosamente el procedimiento establecido en comunicación escrita del Programa con fecha del 20 de septiembre de 2012 para la pre-autorización de este medicamento.

Ningún paciente podrá recibir el medicamento SELZENTRY® (maraviroc) adquirido con fondos de ADAP, si no tiene aprobación previa del Programa a través de MC-21, Corp.

4.2.5.2. Norvir (ritonavir) 100 mg en tabletas. Si el médico decide por razones clínicas cambiar la terapia anti-retroviral prescrita de un paciente para iniciar o añadir el medicamento Norvir® (ritonavir) 100 mg en tabletas, deberá seguir rigurosamente el procedimiento establecido en comunicación escrita del Programa con fecha del 20 de septiembre de 2012 para la pre-autorización de este medicamento.

Ningún paciente podrá recibir el medicamento NORVIR® (ritonavir) 100 mg en tabletas adquirido con fondos de ADAP, si no tiene aprobación previa del Programa a través de MC-21, Corp.

4.2.6. Pre-autorización por razón de viaje o mudanza fuera de Puerto Rico. Si un paciente decide realizar un viaje fuera de Puerto Rico por razones personales o para establecer su residencia permanente fuera de la isla, puede solicitar al Programa ADAP que se le despachen medicamentos por adelantado hasta un máximo de **60** días calendario. El manejador de caso deberá completar la **Solicitud de Pre-autorización para despacho de Medicamentos (Véase ANEJO XI)** y la acompañará con copia de la receta y de los pasajes de ida y vuelta del paciente, en este caso si el paciente regresa a Puerto Rico. Este formulario deberá ser enviado al Programa ADAP con los documentos requeridos en un término de tiempo no menor de **(1)** semana de anticipación a la fecha de la partida del viaje.

4.2.7. Pre-autorización por razón de pérdida o robo. Si un paciente pierde sus medicamentos involuntariamente, por causa fortuita o mayor o es víctima de un robo, podrá solicitar al Programa ADAP un despacho

para reponer los medicamentos perdidos o robados. Si la pérdida involuntaria se debió a causa fortuita o mayor, el paciente deberá presentar al programa una declaración jurada explicando la razón de la pérdida. Si la pérdida fue por motivo de robo, el paciente deberá presentar copia de la querrela radicada en la Policía de Puerto Rico en donde se detallen los hechos constitutivos del delito de robo. El manejador de caso deberá completar la **Solicitud Pre-autorización para despacho de Medicamentos (Véase ANEJO XI)** y la acompañará con copia de la receta y el original de la declaración jurada si fue una pérdida o copia de la querrela de la Policía, si fue un robo. Este formulario deberá ser enviado al Programa ADAP con los documentos requeridos a la mayor brevedad posible.

¹ Para efectos de referencia y enmiendas a la Sección 4.2.5, véanse las Cartas Circulares: ADAP 2012-01-A y 2012-01-B con fechas del 20/septiembre/2012; y ADAP 2013-01-A y 2013-01-B con fechas del 28/febrero/2013

² El procedimiento para la pre-autorización del medicamento Selzentry fue enmendado en comunicación escrita del Programa con fecha del 21/marzo/2013. (Véanse Cartas Circulares ADAP 2013-03-A y 2013-03-B)

5. RECERTIFICACION DE ELEGIBILIDAD A LOS (6) MESES

Como se indicó anteriormente en la **Sección 2.3** de este Manual, la *Health Resources and Services Administration* (HRSA) requiere al Programa ADAP re-certificar a cada paciente que recibe asistencia en medicamentos o asistencia en co-pagos bajo el **HIAP**, una vez cada **6 meses**, como mínimo, contados desde el primer día en que se haya determinado su elegibilidad inicial. Este es un procedimiento necesario para asegurar que el programa sirve medicamentos o provee asistencia en co-pagos solamente a pacientes elegibles.

Para cumplir con dicho requerimiento, ADAP revisará la elegibilidad de todos sus pacientes, incluyendo a los de **HIAP**. El procedimiento de re-certificación consistirá de una evaluación individual de cada paciente para comprobar que continúa cumpliendo con los criterios de elegibilidad económica (ingreso), residencia y cubierta de medicamentos (aseguramiento) a través del PSGPR (MI Salud) y/o de otro plan médico o seguro de salud (Medicare o privado).

5.1. El procedimiento para re-certificar la elegibilidad a los (6) meses de los pacientes **ADAP/ MI Salud** y **HIAP** consistirá de los siguientes pasos:

5.1.1. El Administrador del CARE Ware proveerá mensualmente al Coordinador de ADAP, a la Analista de Datos del Programa y a la Coordinadora del Componente de Elegibilidad una lista de los pacientes por clínica que tienen que ser re-certificados en o antes de los próximos **(60) días** calendario.

5.1.2. La Coordinadora del Componente de Elegibilidad de ADAP notificará a cada oficial de elegibilidad los pacientes registrados que tienen que re-certificarse para mantenerse activos recibiendo medicamentos o asistencia en co-pagos (HIAP). Esta notificación se

realizará en un período **no menor de (30) días calendario** anteriores a la fecha de re-certificación.

5.1.3. Si los pacientes a recertificarse son **ADAP/ MI Salud**, el procedimiento de re-certificación consistirá en una verificación interna en el sistema de MEDITI (Medicaid) para validar que los pacientes están cumpliendo con los tres criterios de elegibilidad mencionados en el segundo párrafo de esta sección. Esta verificación será realizada por cada oficial de elegibilidad y el personal de manejo de caso del centro clínico al que pertenecen los pacientes que se recertifican no tiene que enviar ningún documento al Programa para recertificarlos. La elegibilidad de estos pacientes continuará en vigor hasta su recertificación anual. Como resultado de este proceso de validación interno, el Programa ADAP no emitirá una certificación nueva.

5.1.4. Si los pacientes a recertificarse pertenecen a **HIAP** el procedimiento de recertificación será, como norma general, el mismo que se describe en la **Sección 5.1.3** anterior para los pacientes ADAP/ MI Salud. Sin embargo, el Programa ADAP requerirá documentos adicionales sobre aseguramiento durante cualquier momento del período de elegibilidad de los pacientes **HIAP** si la vigencia del plan médico o seguro de salud privado de un paciente vence antes o posterior a la fecha que corresponda su recertificación de (6) meses. Como resultado de este proceso de validación interno, el Programa ADAP no emitirá una certificación nueva a menos que se haya requerido documentación adicional sobre aseguramiento de un paciente para garantizar la continuidad de su elegibilidad en el Programa.

5.2. El procedimiento para re-certificar la elegibilidad a los (6) meses de los pacientes **ADAP Puros** consistirá de los siguientes pasos:

5.2.1. El Administrador del CARE Ware proveerá mensualmente al Coordinador de ADAP, a la Analista de Datos del Programa y a la Coordinadora del Componente de Elegibilidad una lista de los pacientes por clínica que tienen que ser re-certificados en o antes de los próximos **(60) días** calendario.

5.2.2. La Coordinadora del Componente de Elegibilidad de ADAP notificará a cada centro clínico los pacientes registrados que tienen que re-certificarse para mantenerse activos recibiendo medicamentos o asistencia en co-pagos (HIAP). Esta notificación se realizará en un período **no menor de (60) días calendario** anteriores a la fecha de re-certificación. La notificación se podrá realizar por fax, entrega personal a un representante del centro clínico o por correo electrónico.

5.2.3. Una vez el centro clínico reciba dicha notificación, procederá a completar el Formulario de Admisión (**Véase ANEJO III**) solicitando una recertificación de la elegibilidad del paciente. La solicitud de recertificación debe estar acompañada con los documentos que evidencien residencia, ingreso y cubierta de medicamentos (aseguramiento) a través de un plan médico o seguro de salud privado. Los documentos requeridos para evidenciar residencia, ingreso y aseguramiento están descritos en la **Sección 4.1.4** de este Manual.

6. RECERTIFICACION ANUAL DE ELEGIBILIDAD

6.1. Como se indicó en la **Sección 2.4** de este Manual, la recertificación anual de la elegibilidad de los pacientes ADAP/ MI Salud y **HIAP** consiste en la adjudicación de un nuevo periodo de elegibilidad de hasta (12) meses para participantes elegibles que hayan sido beneficiarios del Programa ADAP durante un período de tiempo inmediatamente anterior al nuevo período concedido. La recertificación anual está supeditada a la vigencia del PSGPR para los pacientes ADAP/ MI Salud y a la vigencia del plan médico o seguro de salud privado para los pacientes **HIAP**.

Para los pacientes **ADAP Puros**, la recertificación anual **no** aplica porque su elegibilidad se concede exclusivamente por un período de (6) meses.

6.2. Para que el Programa ADAP recertifique anualmente la elegibilidad de los pacientes ADAP/ MI Salud y **HIAP**, evaluará nuevamente los criterios de elegibilidad de cada paciente sobre residencia, ingreso y cubierta de medicamentos (aseguramiento) a través del PSGPR y/o de otro plan médico o seguro de salud privado, independientemente de los cambios que se hayan dado en los mismos desde la última recertificación de (6) meses o desde la determinación de elegibilidad inicial del paciente si se certificó en el Programa previamente por un período menor de seis (6) meses.

6.3. El procedimiento para recertificar anualmente la elegibilidad de los pacientes **ADAP/ MI Salud** y **HIAP** consistirá de los siguientes pasos:

6.3.1. El Administrador del CARE Ware proveerá mensualmente al Coordinador de ADAP, a la Analista de Datos del Programa y a la Coordinadora del Componente de Elegibilidad una lista de los pacientes por clínica cuya elegibilidad a ADAP o **HIAP** se venza en los próximos **(60) días** calendario.

6.3.2. La Coordinadora del Componente de Elegibilidad de ADAP notificará a cada centro clínico los pacientes registrados que tienen que **recertificar** su elegibilidad anual a ADAP para que continúen recibiendo medicamentos o asistencia en co-pagos (**HIAP**) en el próximo período de elegibilidad. Esta notificación se realizará en un período **no menor de (60) días calendario** anteriores a la fecha de expiración de la elegibilidad de ADAP. La notificación se podrá realizar por fax, entrega personal a un representante del centro clínico o por correo electrónico protegiendo debidamente la información de los pacientes.

6.3.3. Los manejadores de caso o funcionarios designados de los centros clínicos que reciban esta comunicación, citarán a los pacientes identificados oportunamente para entrevistarlos y completarles una nueva **Solicitud de Admisión para ADAP** (Véase **ANEJO III**). La recertificación anual requerirá la presentación de la Solicitud de Admisión debidamente completada en todas sus partes y firmada por el paciente.

6.3.4. La Solicitud de Admisión deberá estar acompañada por los documentos que evidencien residencia, ingreso y cubierta de medicamentos (aseguramiento) a través del PSGPR y/o de otro plan médico o seguro de salud privado. Los documentos requeridos para evidenciar residencia, ingreso y aseguramiento están descritos en la **Sección 4.1.4** de este Manual.

Como se dijo en el párrafo introductorio de esta Sección, la evidencia documental se tiene que presentar independientemente de los cambios, si alguno, que se hayan dado en los criterios de elegibilidad que se evalúan desde la última re-certificación de seis (6) meses o desde la determinación de elegibilidad inicial del paciente si se certificó en el Programa previamente por un período menor de seis (6) meses.

6.3.5. Se requerirá, además, presentar la **Hoja de Autorización para Divulgar Información Protegida** (Véase **ANEJO VI**) actualizada.

6.3.6. Una vez el Programa haya recibido la Solicitud de Admisión con los documentos que evidencien el cumplimiento con los criterios de residencia, ingreso y aseguramiento y la **Hoja de Autorización para Divulgar Información Protegida** actualizada, el Programa re-evaluará el caso para emitir una nueva certificación por el periodo máximo de un (1) año o por el tiempo que dure la vigencia del PSGPR y/o plan médico o seguro de salud (Medicare o privado), el que venza primero.

6.3.7. Los pacientes de ADAP/ MI Salud y ADAP Puros deberán presentar la Certificación de Elegibilidad de Medicaid [MA-10] **todas** las veces que vayan a recertificar anualmente su elegibilidad con ADAP. Por otra parte, para recertificar anualmente la elegibilidad de los pacientes de **HIAP**, la Certificación de Elegibilidad de Medicaid [MA-10] se requerirá **solo** si ésta se ha vencido.

7. SOLICITUD DE RECONSIDERACIÓN

Si un paciente no está de acuerdo con la determinación de elegibilidad tomada por el Programa ADAP, tendrá la oportunidad de solicitar una reconsideración a la determinación tomada por el Programa. La reconsideración se hará por escrito dirigida al Coordinador de ADAP y a la Directora del Programa Ryan White Parte B y ésta se tramitará a través del Manejador de Caso del Centro Clínico donde el paciente solicitó inicialmente los servicios del programa en un término de **10 días calendario** contados desde el día en que se notificó la decisión. La solicitud de reconsideración deberá incluir la información demográfica básica del paciente (nombre, seguro social, sexo y edad), información clínica (CD4 y carga viral), la razón para solicitar la reconsideración y el remedio deseado por el paciente.

8. SOLICITUD DE REVISIÓN

Si la decisión le es nuevamente adversa al paciente, podrá solicitar una revisión por escrito al Secretario de Salud o su representante autorizado en un término de **10 días calendario** contados desde el día en que se notifica la determinación. La solicitud de revisión deberá también incluir la información demográfica básica del paciente (nombre, seguro social, sexo y edad), información clínica (CD4 y carga viral), la razón para solicitar la reconsideración y el remedio deseado por el paciente.

El Secretario de Salud o su representante autorizado revisarán la solicitud de revisión y emitirá una resolución final. Si el paciente no está de acuerdo con la resolución emitida por el Secretario de Salud o su representante autorizado, podrá recurrir a la Oficina del Procurador del Paciente o utilizar cualquier otro remedio que entienda le asiste en derecho.

9. INTERPRETACIÓN

Este procedimiento estará en todo momento sujeto a las Leyes y Reglamentos del gobierno de los Estados Unidos de América y del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y será interpretado de acuerdo a los mismos. En el supuesto de que alguna parte de este procedimiento resultase nula o inconstitucional, las restantes partes continuarán vigentes en toda su fuerza y vigor.

10. CONFIDENCIALIDAD

Toda la información sometida será mantenida en forma confidencial cumpliendo con los requerimientos de la Ley HIPAA federal y la legislación estatal vigente. El Manejador de Caso deberá procurar de cada paciente un consentimiento por escrito autorizando la obtención de información que el Programa requiera. Como se indicó en la **Sección 4.1.4.3** ADAP provee la hoja de ***Autorización para Divulgar Información Protegida*** (Véase **ANEJO VI**), la cual debe ser firmada por el paciente y enviada junto a la solicitud. La misma autoriza al Programa a obtener información necesaria para la determinación de elegibilidad y tiene una vigencia de un año.

11. ENMIENDAS

Este procedimiento podrá revisarse periódicamente según varíen las circunstancias o eventos bajo los cuales se elaboró este documento. Este procedimiento podrá también enmendarse para incluir cualesquiera cambios que puedan ocurrir bajo la legislación y/o reglamentación federal y/o estatal vigente.

12. VIGENCIA

Este procedimiento tendrá vigencia a partir del 1 de sept. de 2013.

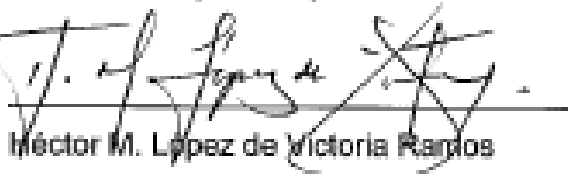
13. APROBACIÓN

Este procedimiento fue aprobado por:



Norma I. Delgado Mercado, PhD

Directora Programa Ryan White Parte B



Héctor M. López de Victoria Ramos

Coordinador ADAP

Rev: 09/2013