



## Solicitud para Pre-Autorización de Pruebas Especializadas de Hepatitis C (VHC)

1	INFORMACION DEL PACIENTE									
										# ADAP
										Núm. de control de referido
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre			Inicial			
Fecha Nacimiento: ____ / ____ / ____ Mes Día Año		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		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									
<b>Marcar e Iniciar (Médico)</b>		<b>Código de la Prueba</b>			<b>Prueba Especializada</b>					
		8902			Hepatitis C Viral RNA, NS3 Genotype					
		92447			Hepatitis C Viral RNA, NS5a Genotype					
		92204			Hepatitis C Viral RNA, NS5b Genotype					
		19647			FibroTest – ActiTest					
5	AUTORIZACION DE PRUEBA ESPECIALIZADA (Para uso de ADAP)									
<b>Hepatitis C Viral RNA, NS3 Genotype</b>		<input type="checkbox"/> Aprobado. Núm. Aprobación:						<input type="checkbox"/> Denegado		
<b>Hepatitis C Viral RNA, NS5a Genotype</b>		<input type="checkbox"/> Aprobado. Núm. Aprobación:						<input type="checkbox"/> Denegado		
<b>Hepatitis C Viral RNA, NS5b Genotype</b>		<input type="checkbox"/> Aprobado. Núm. Aprobación:						<input type="checkbox"/> Denegado		
<b>FibroTest – ActiTest</b>		<input type="checkbox"/> Aprobado. Núm. Aprobación:						<input type="checkbox"/> Denegado		
<b>Autorización Efectiva</b>				desde: _____			hasta: _____			
<b>Oficial de Elegibilidad:</b>		<b>Recibido:</b>			<b>Evaluado:</b>			<b>Notificado a la clínica:</b>		



## 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) 765-2929 extensiones 5107, 5115, 5116, 5117 ó 5119.