

CERTIFICACIÓN

Yo, _____, _____ del Comité de Farmacia y Terapéutica,
(nombre) (título o Puesto)

soy el funcionario autorizado por _____,
(asegurador u organización de servicios de salud)

certifico lo siguiente:

El formulario de medicamentos de _____
(asegurador u organización de servicios de salud):

1. Cumple a cabalidad con todos los requerimientos estatales y federales aplicables;
2. si alguna clase o categoría en el Benchmark de Medicamentos de P.R. fue actualizada según el "United States Pharmacopeia's (USP) Model Guidelines", el comité de farmacia y terapéutica, como parte de sus funciones descritas en el Artículo 4.050 del Código de Seguros de Salud y la regulación federal incluidas en 45 CFR 156.122, ha atemperado a la clase o categoría equivalente en la más reciente versión del "United States Pharmacopeia's (USP) Model Guidelines" y;
3. de haber algún medicamento o tratamiento excluido en la póliza de Pago Directo y Grupos Pequeños que no debió haberse excluido conforme a los requerimientos estatales y federales, se entenderá que el medicamento o tratamiento queda automáticamente cubierto para atemperar a las leyes estatales y federales aplicables.

Y para que así conste: suscribo la presente Certificación en _____
Puerto Rico, el día ____ de _____ del año ____

Firma

Nombre

Título y puesto que ocupa en el comité de farmacia y terapéutica

Credenciales

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____