



Anejo 12

CERTIFICACIÓN Formulario de Medicamentos

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:

Luego de un análisis clínico de la cubierta de medicamentos de receta y del formulario de medicamentos de _____
(asegurador u organización de servicios de salud)

aplicable a los planes del mercado individual y/o de grupos pequeños:

(nombre de productos Individual y/o Grupos Pequeños)

el diseño de beneficios de la cubierta de medicamentos recetados bajo el formulario de medicamentos " _____ " es uno que provee todos los
(nombre del formulario)

beneficios esenciales de salud en cumplimiento con la regulación estatal y federal vigente y el mismo no es discriminatorio y bajo ningún concepto pretende desalentar la inscripción de personas con necesidades de salud significativas.

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: _____