

PROGRAMA MEDICAID**CERTIFICACIÓN DE GASTOS DE MEDICAMENTOS PARA USO CONTINUO**

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO		CERTIFICACIÓN DEL FARMACEÚTICO	
Certifico que:		Certifico que la farmacia despacha al paciente los siguientes medicamentos (indicar si es genérico o marca) y que el costo mensual de cada uno de los medicamentos despachados es:	
es mi paciente y le prescribo los siguientes medicamentos para uso continuo : (favor de no incluir los medicamentos para uso temporero).			
1.		1.	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Marca
2.		2.	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Marca
3.		3.	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Marca
4.		4.	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Marca
5.		5.	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Marca
6.		6.	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Marca
7.		7.	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Marca
8.		8.	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Marca
9.		9.	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Marca
10.		10.	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Marca
11.		11.	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Marca
12.		12.	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Marca
13.		13.	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Marca
14.		14.	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Marca
15.		15.	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Marca
16.		16.	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Marca
17.		17.	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Marca
18.		18.	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Marca
19.		19.	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Marca
20.		20.	<input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Marca
NOMBRE DEL MÉDICO EN LETRA DE MOLDE		NOMBRE DEL FARMACEÚTICO EN LETRA DE MOLDE	
FIRMA		FIRMA	
NÚM. DE LICENCIA	FECHA	NÚM. DE LICENCIA	FECHA
		NOMBRE DE LA FARMACIA	

PARA USO DE LA OFICINA PROGRAMA MEDICAID

NÚMERO DEL MPI:		FECHA DE EVALUACIÓN:	
FIRMA DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO/O REPRESENTANTE:			

Toda persona que incurra en un acto fraudulento con fines de obtener los beneficios que otorga el Programa Medicaid de Puerto Rico podrá ser excluido como participante y podrá ser referido a la Unidad Anti Fraude del Programa Medicaid de Puerto Rico y/o al Departamento de Justicia Estatal y Federal.