

Solicitud de Certificación de Gastos Médicos Facturados

Para poder procesar su solicitud, requerimos la siguiente documentación:

- **Si usted es el paciente:**
 - Completar las secciones 1, 3 y 4 del formulario
 - Identificación válida con foto (ej. licencia de conducir, pasaporte o tarjeta de identificación)
- **Si usted es el Representante Autorizado:**
 - Completar todas las secciones del formulario
 - Identificación válida con foto del paciente
 - Identificación válida con foto del representante
 - Autorización escrita del paciente (firma manuscrita del paciente)
 - Poder legal (Power of Attorney), si no se cuenta con la autorización escrita
- **Si usted es el Representante Autorizado (paciente fallecido):**
 - Completar todas las secciones del formulario
 - Certificado de defunción oficial
 - Identificación válida con foto del paciente
 - Identificación válida con foto del representante
 - Y uno (1) de los siguientes documentos:
 - Declaración Jurada de Herederos (Affidavit of Heirship)
 - Certificado de Nacimiento
 - Testamento (Última Voluntad)
- **Si el paciente es menor de edad (menor de 21 años):**
 - Completar todas las secciones del formulario
 - Identificación válida con foto del representante
 - Certificado de nacimiento del paciente (si quien solicita es el padre/madre)
 - Evidencia de tutor legal, si quien solicita no es el padre/madre
- **Si el paciente es menor emancipado (menor de 21 años):**
 - Completar las secciones 1, 3 y 4 del formulario
 - Evidencia de emancipación
 - Identificación válida con foto

Métodos para someter el formulario y la documentación requerida

- **Correo electrónico:** certificacionesdegastos@aliviahealth.com
- **Fax:** (787) 925-1015
- **Correo Postal**
P.O.BOX 246
Bayamón, PR 00960
- **En persona:** Amelia Industrail Park, Calle Diana, Lote 18, Guaynabo, PR

Solicitud de Certificación de Gastos Médicos Facturados

Sección 1: Información del Paciente	
Nombre del Paciente (Apellido, Nombre, Inicial):	Fecha de Nacimiento (MM-DD-YYYY):
Dirección Postal:	Número de Teléfono:

Sección 2: Información del Solicitante	
Nombre del Solicitante (Apellido, Nombre, Inicial):	☐ No soy el paciente
Teléfono del Solicitante:	Relación con el Paciente:

¿Cuál es su autoridad para acceder a la información de salud?

(Marque la opción correspondiente e incluya copia de los documentos de respaldo.)

- ☐ Padre/madre o tutor legal de una persona menor de 21 años
- ☐ Familiar más cercano bajo la Ley de Salud Mental
- ☐ Representante personal de una persona fallecida
- ☐ Poder legal otorgado por el paciente
- ☐ Autorización escrita otorgada por el paciente para realizar solicitudes en su nombre

Sección 3: Información Solicitada	
1. Fechas del servicio solicitado: Desde (MM-DD-YYYY) _____ Hasta (MM-DD-YYYY) _____	2. Formato preferido para recibir las copias: ☐ Copia impresa – Recogido en farmacia ☐ Copia impresa – Enviar por correo a la dirección indicada en la Sección 1 ☐ Copia por correo electrónico. Enviar a la siguiente dirección de email: _____ <i>(La información será enviada mediante correo electrónico encriptado.)</i>

Sección 4: Firma del Paciente / Representante Autorizado	
Declaro que toda la información médica provista es verdadera y correcta. Entiendo que proveer información falsa o engañosa puede afectar el procesamiento de esta solicitud y puede conllevar penalidades según lo permita la ley. Importante: Si la documentación legal no está archivada con Alivia Specialty Pharmacy, se debe incluir copia de dicha documentación junto con este formulario.	
_____ Firma del Paciente: _____ Fecha (MM-DD-YYYY)	_____ Firma del Representante Autorizado (si aplica) _____ Fecha (MM-DD-YYYY)