

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE BENEFICIOS FARMACÉUTICOS ESPECIALES ESTADO DE PENNSYLVANIA - DEPARTAMENTO DE SALUD

¿Tiene preguntas sobre la solicitud o sobre cómo inscribirse en el programa? Por favor llame al 1-800-922-9384 o envíe su pregunta a SPBP@pa.gov.

El Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales (SPBP, por sus siglas en inglés) es administrado por el Departamento de Salud de Pennsylvania. Para obtener más información sobre el programa, por favor visite <http://www.health.state.pa.us/spbp>.

Criterios obligatorios de elegibilidad para el SPBP

CRITERIOS	NUEVA INSCRIPCIÓN	REINSCRIPCIÓN
* Límites de ingresos:	Un ingreso bruto anual que no sea superior a \$57,450; añade \$20,100 por dependiente	Un ingreso bruto anual que no sea superior a \$57,450; añade \$20,100 por dependiente
Residencia:	Residente de Pennsylvania que no esté recluido	Residente de Pennsylvania que no esté recluido
Necesidad médica:	Su médico clínico debe firmar y fechar la página 5.	No es necesario
Recursos:	Los recursos, tales como bienes inmuebles (casa, tierra, etc.), están exentos.	Los recursos, tales como bienes inmuebles (casa, tierra, etc.), están exentos.

PARA PODER PROCESAR SU SOLICITUD, SE REQUIERE COPIA DE LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS

NUEVA INSCRIPCIÓN	REINSCRIPCIÓN (CADA SEIS MESES)
<input type="checkbox"/> Comprobante de residencia <input type="checkbox"/> Tarjeta de Seguro Social <input type="checkbox"/> Comprobante de la fecha de nacimiento <input type="checkbox"/> Ingresos (INCLUYA COMPROBANTES CORRESPONDIENTES A SU CÓNYUGE/DEPENDIENTES, SI CORRESPONDE) <input type="checkbox"/> Tarjeta(s) de seguro/beneficios de salud.	<input type="checkbox"/> Comprobante de residencia <input type="checkbox"/> Ingresos (INCLUYA COMPROBANTES CORRESPONDIENTES A OTRO(S) CÓNYUGE O DEPENDIENTES, SI CORRESPONDE) <input type="checkbox"/> Tarjeta(s) de seguro/beneficios de salud (Si actualizados o modificados; también incluye cartas de despido de su proveedor de seguro). <input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio de la carga viral CD4 y VIH-1 O firma del médico

INFORMACIÓN IMPORTANTE

- Si usted es beneficiario del Programa de Asistencia Médica (MA, por sus siglas en inglés) y recibe beneficios farmacéuticos, entonces no es elegible para participar en este programa y no debe solicitarlo.
- Aquellas personas que soliciten el SPBP y que sean elegibles para recibir Medicare Parte A o Parte B, deberán inscribirse en el Plan con medicamentos recetados de Medicare Parte D. Debería solicitar el SPBP para ayudar a cubrir los gastos por participación en los costos, incluidas las primas, los copagos y los deducibles.
- Debería presentar una solicitud para el programa SPBP aunque tenga otro seguro de salud que cubra los medicamentos.
- Usted deberá informar al SPBP sobre cambios de dirección, cobertura de seguro e ingresos.
- Para mantener activos sus beneficios bajo el SPBP, deberá reinscribirse cada seis meses. Se le notificará por correo sobre su obligación de llenar una solicitud de reinscripción y enviar la documentación correspondiente. Si deja que sus beneficios se cancelen por no reinscribirse, tendrá que presentar una nueva solicitud de inscripción.

* Los límites de ingresos están sujetos a cambios. Por favor comuníquese con el SPBP para consultar los lineamientos de ingresos más recientes.

Este formulario, con número de identificación del Departamento de Salud HD01582F, es un instrumento oficial de recopilación de información del Departamento de Salud (DOH, por sus siglas en inglés).

IMPORTANTE - Debe escribir toda la información de forma clara y en su totalidad.**PARA REINSCRIBIRSE, PROVEA SU NÚM. DE IDENTIFICACIÓN:**

SP

INFORMACIÓN PERSONAL/DEMOGRÁFICA:

1. Indique su nombre legal completo (SEGÚN APARECE EN SU TARJETA DE SEGURO SOCIAL).
2. Indique su lugar de residencia y provea documentación que así lo demuestre junto con su solicitud. Algunos ejemplos de documentación que puede servir de evidencia son: factura del teléfono, del agua o de la luz, carta de otorgamiento de seguro social y licencia de conducir.
3. Se requiere evidencia de la fecha de nacimiento para todas las inscripciones nuevas, pero para las reinscripciones solo se requerirá si la fecha de nacimiento no coincide con la de nuestros registros.
4. Indique su número de Seguro Social y proporcione una copia de su tarjeta de Seguro Social. Para evitar retrasos, si no tiene número de Seguro Social, marque esta casilla. NOTA: Aquellos que se están reinscribiendo no tienen que proveer los documentos sobre el Seguro Social.

Nombre legal completo (apellido, nombre, inicial del segundo nombre, título)**SEXO**MASCULINO: FEMENINO: TRANSEXUAL MASC. A FEM.: TRANSEXUAL FEM. A MASC.: **Dirección postal****Fecha de nacimiento****Preferencia de idioma**

Calle y núm. de apt.

Ciudad

/ /

Inglés: Español: Otro:

Estado

Código postal

Origen étnicoHispano/Latino: No hispano: **Número de teléfono particular****Número de teléfono celular****Raza**Afroamericano: Blanco: Asiático: **¿Tiene número de Seguro Social?**

Sí

No

Indígena norteamericano/nativo de Alaska: Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico: **Número de Seguro Social****INFORMACIÓN SOBRE EL ADMINISTRADOR DE CASO**

1. Debe contestar si tiene un Administrador de caso. Si tiene un Administrador de caso, deberá completar toda la sección titulada Administrador de caso.

¿Tiene un Administrador de Caso?

Sí

No

Nombre del Administrador de caso**Nombre de la agencia****Número de teléfono del Administrador de caso****Dirección de la agencia****INFORMACIÓN SOBRE EMBARAZO**

1. Todas las mujeres deben responder.

¿Estuvo embarazada en algún momento durante los últimos seis meses?Sí: No: **Si estuvo embarazada dentro de los últimos seis meses, ¿el embarazo tuvo como resultado un nacimiento con vida?**Sí: No:

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO y PROGRAMA DE SALUD:

1. Es obligatorio que haga copias de todas las tarjetas de identificación del seguro médico (FRENTE y REVERSO) y que presente esas copias con su solicitud. **Esto incluye cualquier seguro que tienes, incluyendo cobertura a través de su cónyuge o seguro de otro miembro de la familia.**
2. Si usted no tiene seguro, usted debe proporcionar la razón por qué no tienes seguro abajo. Nota: Programa especial de beneficios farmacéuticos es un pagador de último recurso. Todos los solicitantes deben hacer todo lo posible para inscribirse y mantener la cobertura de seguro adecuada.
3. Si su seguro ha sido cancelado en el último año, debe proporcionar una copia de la carta de despido de su proveedor.
4. Marque todo lo que corresponda

Medicare Parte A:	<input type="checkbox"/>	Medicare Advantage (HMO):	<input type="checkbox"/>	Medicare Parte D:	<input type="checkbox"/>
Medicare Parte B:	<input type="checkbox"/>	Asistencia Médica/Medicaid:	<input type="checkbox"/>	Administración de Veteranos de	<input type="checkbox"/>
Otro (escriba el nombre del plan) :				No tengo seguro:	<input type="checkbox"/>
¿Si usted tiene seguro, cubre medicamentos recetados?		Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
¿Ha solicitado asistencia médica en los últimos seis meses?		Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Si usted no tiene seguro, marque la razón de por qué.	Exento/no necesario:	<input type="checkbox"/>	Extranjero:	<input type="checkbox"/>	
	Costo Alto:	<input type="checkbox"/>	No hace falta:	<input type="checkbox"/>	
	Necesita ayuda:	<input type="checkbox"/>	Otros: (escriba la razón)		

INFORMACIÓN SOBRE LA COMPOSICIÓN FAMILIAR

1. Se entiende por familia al cónyuge, a los hijos menores de 21 años y a los padres de los hijos menores de 21 años que son parte del grupo familiar (**NOTA: los solicitantes que sean mayores de 21 años, que sean solteros/no estén casados y que no tengan dependientes, no deben incluir ningún miembro dentro del grupo familiar**).
2. Provea información de todos los miembros de la familia que estén relacionados con el solicitante por consanguinidad, matrimonio o adopción y que vivan en el hogar.
3. Si es necesario, adjunte una hoja por separado con los miembros de la familia adicionales.

1	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre, título)	Fecha de nacimiento	Sexo (M, F, T)
	Número de Seguro Social	Relación con usted	
2	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre, título)	Fecha de nacimiento	Sexo (M, F, T)
	Número de Seguro Social	Relación con usted	
3	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre, título)	Fecha de nacimiento	Sexo (M, F, T)
	Número de Seguro Social	Relación con usted	
4	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre, título)	Fecha de nacimiento	Sexo (M, F, T)
	Número de Seguro Social	Relación con usted	
5	Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre, título)	Fecha de nacimiento	Sexo (M, F, T)
	Número de Seguro Social	Relación con usted	

INFORMACIÓN DE SALUD

1. Escriba CD4 y viral del VIH-1 carga conde y fecha sacada dentro de los últimos 12 meses.
2. El recuento de CD4 y las cargas virales no son necesarios para aquellos solicitantes que hayan sido diagnosticados recientemente o para aquellos que estén solicitando por primera vez.
3. Proporcionar ya sea una copia de la carga viral CD4 y VIH-1 resultados de laboratorio o prescripción de certificación de firma del médico como documentación de respaldo. **Nota: Debe escribir CD4 y viral del VIH-1 carga cuenta y fecha sacada debajo (mm/dd/aaaa).**

Nombre del médico clínico		Nombre del hospital o clínica		Núm. NPI	
Número de teléfono del médico		Dirección del hospital o clínica			
¿Su médico le ha informado que tiene sida?		Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	No sé	<input type="checkbox"/>
CD4 VIH-1:	Conteo	Células/ μ L	Carga viral de VIH-1:	Conteo	Copias / mL
	Fecha de extracción:			Fecha de extracción:	
Firma del médico que autoriza la receta (si no proporciona una copia de los resultados de laboratorio de carga viral CD4 y VIH-1)					

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS:

1. Marque todas las opciones de ingresos que se apliquen a usted, a su cónyuge y a su(s) dependiente(s).
2. La elegibilidad financiera se determinará de acuerdo al ingreso bruto del solicitante/de la familia. El ingreso bruto corresponde a los ingresos antes de las deducciones del impuesto sobre la renta, impuesto del seguro social, primas de asistencia de salud, etc.
3. **Provea evidencia de sus ingresos, los de su cónyuge y los de su(s) dependiente(s).** Si es usted asalariado, por favor provea copia de los recibos de nómina de un mes. Por ejemplo, si le pagan semanalmente, provea los cuatro recibos de nómina más recientes; si le pagan cada dos semanas, provea los dos recibos de nómina más recientes. Si los recibos de nómina no están disponibles, podemos aceptar una carta de su patrono con el membrete de la compañía en la que se indique cuál es su salario bruto por un mes.
4. Puede enviar su declaración de impuestos más reciente, firmada, como verificación, A MENOS QUE trabaje por su cuenta. Las personas que **trabajan por su cuenta** deben proporcionar su declaración de impuestos más reciente, incluido el anexo C. La declaración de impuestos debe estar firmada, aunque se haya presentado electrónicamente. También aceptamos los informes financieros preparados por terceros por un periodo de tres meses.
5. Para otros ingresos debe proporcionar cartas de otorgamiento a fin de comprobar otros tipos de ingresos, tales como compensación por desempleo, seguro social, pensiones, etc.
6. **Si su ingreso es cero**, debe proporcionar una carta indicando que actualmente no tiene ningún ingreso y explicando de qué forma satisface sus necesidades diarias. La carta debe estar firmada y fechada.

Tipo de ingreso	Ingreso recibido		
	USTED MISMO	CÓNYUGE	DEPENDIENTE
Sueldo/Salario/Bonos/Comisiones (antes de las deducciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beneficios por desempleo o para veteranos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro Social por jubilación/Beneficios a sobrevivientes/SSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras pensiones o jubilación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguro Social por incapacidad u otro ingreso por incapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compensación a trabajadores o beneficios por enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensión alimenticia o manutención de hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dividendos/Intereses/Regalías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingreso por alquiler (bruto menos gastos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia pública (no cupones para alimentos o LIHEAP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negocio/Empleo independiente/Sociedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DECLARACIÓN INFORMATIVA SOBRE LA CERTIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE VIH**1. Debe estar firmada y fechada por un médico clínico con licencia****2. Quienes soliciten una nueva inscripción deberán completarla.** Esto no es obligatorio para la reinscripción.**3. El médico clínico debe proveer su número NPI****Fecha de la última cita del paciente:** _____

Basado en mi conocimiento personal y en la evidencia de la historia clínica o registros médicos, certifico que los análisis de laboratorio concluyen que el paciente nombrado en la solicitud tiene diagnóstico de VIH/sida. Entiendo que se solicitará el pago de los medicamentos específicos para VIH/sida con fondos federales y estatales según el Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales. En caso de distorsión, ocultación o falsificación de información relativa al diagnóstico del solicitante, el proveedor podría quedar sujeto a sanciones civiles o penales.

Firma del médico clínico_____
Fecha_____
Nombre del médico clínico (en letra de imprenta)_____
Número NPI del médico clínico_____
Nombre del solicitante (en letra de imprenta)_____
Núm. SP (si corresponde)

Toda la información proporcionada será utilizada únicamente para administrar el Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales. Si necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor llame al 1-800-922-9384 o envíe un correo electrónico a SPBP@pa.gov.

Devuelva la solicitud completada y las copias de los documentos a:**Department of Health****Special Pharmaceutical Benefits Program****P.O. Box 8808****Harrisburg, Pennsylvania 17105-8808**O envíe un correo electrónico a: spbp@magellanhealth.com

O envíe un fax a: 888-656-0372

INFORMACIÓN SOBRE EL CONSENTIMIENTO:

1. Enumere a todas las personas autorizadas a comunicarse con SPBP.

NOTA: SPBP solo hablará sobre su información con usted o el profesional encargado del cuidado de su salud (por ejemplo médico clínico o administrador de caso), a menos que este documento se complete.

Autorización para divulgar información relacionada con VIH a personas específicas

1. Yo, _____ (nombre completo en letra de imprenta), me estoy inscribiendo o reinscribiendo en el Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales (SPBP) del Departamento de Salud.
2. Entiendo que SPBP puede necesitar información sobre mí o discutir mis circunstancias conmigo o con otras personas para poder determinar si soy o no soy elegible para recibir los beneficios y para resolver asuntos relacionados con mi participación en el SPBP.
3. Entiendo que mi información es o puede ser información confidencial de acuerdo con la Ley sobre la confidencialidad de la información relacionada con VIH.
4. Entiendo que, para que SPBP pueda tener discusiones sobre mis circunstancias o para intercambiar información sobre mí con otras personas o con mi proveedor de servicios de salud y con mi administrador de caso, yo tendré que autorizar a SPBP y a su personal para que pueda hablar con esas personas.
5. Entiendo que, al firmar este documento, estoy concediendo esa autorización por un periodo de seis meses, a menos que le informe a SPBP que no quiero que sigan hablando con una persona en particular o a menos que informe que un evento específico provocará que retire mi autorización.
6. Entiendo que tendré que firmar una nueva autorización cada vez que vuelva a solicitar participar en el programa.
7. Entiendo que SPBP no discutirá mis circunstancias con otras personas, además de mí, mi proveedor de servicios de salud y mi administrador de caso, sin mi autorización, y que esto podría afectar mi capacidad para inscribirme en el programa.

Continúa en la próxima página ...

Yo autorizo al Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales del Departamento de Salud de Pennsylvania y a sus filiales (Departamento de la Vejez y Servicios de Salud Magellan) a divulgar información relacionada con mi condición de VIH y con mi intención de participar o continuar participando en el Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales a los efectos de inscribirme, reinscribirme u obtener beneficios que me correspondan —o pudieran corresponderme— según dicho programa, a cualquiera de las siguientes personas *añada más hojas si es necesario*):

Escriba el nombre completo y el título o nombre de la organización,

Número de teléfono

Dirección (calle y núm.)

Dirección de correo electrónico

Escriba el nombre completo y el título o nombre de la organización,

Número de teléfono

Dirección (calle y núm.)

Dirección de correo electrónico

Escriba el nombre completo y el título o nombre de la organización,

Número de teléfono

Dirección (calle y núm.)

Dirección de correo electrónico

Esta autorización se podrá cancelar en cualquier momento antes de que efectivamente se divulgue la información. Esta autorización **vencerá seis meses después de la fecha de mi inscripción**, o cuando ya no participe más en el programa, si no la cancelo antes.

He leído o alguien me ha leído y explicado esta autorización.

Escriba su nombre (persona que solicita SPBP)

Núm. de identificación del SPBP (si
corresponde)

Firma del solicitante (o tutor legal)

Fecha

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN y FIRMA**RESPONSABILIDADES y BENEFICIOS****Responsabilidades:**

Entiendo que esta solicitud es un documento legal y que es mi responsabilidad:

1. Cumplir todas las políticas del programa SPBP como condición de la continuidad de mi elegibilidad.
2. Presentar una solicitud de reinscripción para la revisión de mi información cada seis meses.
3. Actualizar mi dirección, la información de mis ingresos y mi seguro, junto con la documentación de respaldo, cuando ocurra algún cambio.
4. Actuar de manera profesional y responsable al comunicarme con los representantes de SPBP.
5. Renunciar a los pagos provenientes de compañías de seguros por cualquier cantidad que haya sido pagada por el SPBP en mi nombre y enviarlos de inmediato al programa SPBP.

El incumplimiento de cualquiera de las responsabilidades antes mencionadas conllevará la suspensión de los beneficios o el rechazo de la solicitud.

Beneficios:

Una vez aprobada su solicitud de inscripción, usted tendrá los siguientes beneficios:

1. Asistencia con los costos de los medicamentos autorizados (en inglés, "formulary") cubiertos por el programa SPBP.
2. Asistencia con los costos de los servicios de laboratorio especificados del SPBP únicamente si el SPBP es el proveedor primario.
3. Asistencia anual con la inscripción en Medicare Parte D para los planes que participan con el SPBP (si corresponde).

Derechos de apelación:

Si se rechaza su solicitud de inscripción o reinscripción en el programa o se cancelan sus beneficios, tiene el derecho de apelar la decisión y solicitar una revisión.

Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es verídica, correcta y completa. Acepto cooperar con la documentación que sirva de evidencia para probar la información que he proporcionado o para proveer información adicional que sirva para apoyar mi solicitud según requerida por el departamento. Entiendo que mi elegibilidad puede ser denegada si no presento una información o verificación verdadera, correcta o completa o si no coopero con el departamento según fue solicitado. Entiendo, además, que el departamento puede denegar mi elegibilidad en cualquier momento si se demuestra que la información que proporcioné es falsa e incompleta.

Mantenemos la confidencialidad de su información y usamos esa información solamente para administrar los programas para los que usted presenta una solicitud o para los que pueda ser elegible. La información se comparte con proveedores de procesamiento de reclamos con el fin de pagar reclamos farmacéuticos y de laboratorios, si corresponde, y para la coordinación de beneficios.

Firma del solicitante (o tutor legal)

Fecha

Toda la información proporcionada será utilizada únicamente para administrar el Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales. Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al 1-800-922-9384 o envíe un correo electrónico a SPBP@pa.gov.

Devuelva la solicitud completada y las copias de los documentos a:

Department of Health

Special Pharmaceutical Benefits Program

P.O. Box 8808

Harrisburg, PA 17105-8808

O envíe un correo electrónico a: sbbp@magellanhealth.com

O envíe un fax a: 888-656-0372