pennsylvania
DEPARTMENT OF HEALTH

Solicitud para el Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales

El Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales (SPBP) es administrado por el Departamento de Salud de Pensilvania. Para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad del programa, los límites de ingreso o los servicios cubiertos, visite la página www.health.pa.gov/spbp.

Si tiene preguntas sobre la solicitud o la inscripción, llame al 1-800-922-9384 o envíe sus inquietudes a SPBP@pa.gov.

1 Información del solicitante

Apellido

Nombre

Inicial del segundo nombre

Sufijo (Sr., Jr., etc.)

Número de id. del SPBP (si lo sabe)

Idioma de preferencia

Inglés
Español
Otro

Dirección de residencia

Incluya una prueba que demuestre su residencia junto con la solicitud.

Ciudad

Estado

Código postal

A continuación, indique una dirección postal de preferencia de ser diferente de su dirección de residencia. Debe ser una dirección de Pensilvania.

Dirección postal de preferencia

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha de nacimiento

Número de seguro social

Incluya una prueba que demuestre su número de seguro social junto con la solicitud.

No tengo un número de seguro social.

Número de teléfono fijo

Número de teléfono celular

Sexo (marque uno)	Origen étnico (marque uno)	Raza (marque una)
Masculino	Hispano/latino	Negro/afroamericano
Femenino	No hispano	Blanco
Transexual (de masculino a femenino)		Asiático
Transexual (de femenino a masculino)		Aborigen estadounidense/nativo de Alaska
		Hawaianos nativos/nativo de la Polinesia
		Otro

¿Alguna vez el conteo de CD4 fue menor a 200 células/µl?

Sí
No
No estoy seguro

Si usted es de sexo femenino, complete las siguientes preguntas.

¿Estuvo embarazada en los últimos 6 meses?

Sí
No

Si la respuesta es sí, ¿dio a luz un niño con vida?

Sí
No

Este formulario, número de id. del Departamento de Salud (DOH) HD01582F Rev. 7/15, es un instrumento de recolección oficial de datos del DOH.

Continúa en la página 2 >>

2 Otra cobertura de servicios de salud

En la actualidad, ¿tiene otra cobertura de servicios de salud?	Sí (Complete la sección para personas aseguradas de abajo y proporcione una copia de su tarjeta de seguro junto con la solicitud.) No (Complete la sección para personas no aseguradas de abajo.)

Sección para personas aseguradas

Seleccione todos los tipos de cobertura que tiene en la actualidad:

- Parte A de Medicare
- Parte B de Medicare
- Medicare Advantage (HMO)
- Otro (Escriba el nombre del plan.)
- Parte D de Medicare
- Medicaid/asistencia médica
- Administración para Veteranos de los Estados Unidos

Si tiene un seguro, ¿cubre los medicamentos recetados? Sí
(Si tiene una tarjeta para medicamentos recetados aparte, proporcione una copia de cada tarjeta.) No

Sección para personas no aseguradas

Si no tiene seguro, seleccione el motivo.	No soy ciudadano. No puedo pagar los costos/las primas. Decidí no solicitar ninguna otra cobertura de servicios de salud. Otro
¿Ha solicitado Medicaid en los últimos 12 meses?	Sí No
Si la respuesta es sí, ¿cuál es la condición de la solicitud para recibir Medicaid?	Aprobada Rechazada (Incluya el aviso de rechazo de Medicaid junto con la solicitud.) En este momento la solicitud se encuentra en revisión.

3 Miembros de la familia

Proporcione información sobre todos los miembros de la familia que viven en su casa. Los miembros de la familia incluyen a su cónyuge y sus hijos menores de 21 años que viven en la misma casa; si usted es menor de 21 años, incluye a sus padres, si vive en la misma casa. (Nota: Si usted es soltero o no está casado, tiene 21 años o más y no tiene personas a su cargo, no mencione ningún miembro de la familia en la lista.)

Cónyuge/miembro de la familia n.º 1 Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre, sufijo)				Fecha de nacimiento
Número de seguro social	Sexo	Masculino Femenino Transexual	Relación con usted	Cónyuge Hijo menor de 21 años Padre de un niño menor de 21 años
Miembro de la familia n.º 2 Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre, sufijo)				Fecha de nacimiento
Número de seguro social	Sexo	Masculino Femenino Transexual	Relación con usted	Hijo menor de 21 años Padre de un niño menor de 21 años
Miembro de la familia n.º 3 Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre, sufijo)				Fecha de nacimiento
Número de seguro social	Sexo	Masculino Femenino Transexual	Relación con usted	Hijo menor de 21 años Padre de un niño menor de 21 años

Si es necesario, adjunte una hoja aparte en la que se mencionen miembros de la familia adicionales.

Continúa en la página 3 >>

4 Ingreso familiar

Seleccione cada uno de los tipos de ingresos que reciben usted y los miembros de su familia que viven en la misma casa. Los miembros de la familia incluyen a su cónyuge y sus hijos menores de 21 años que viven en la misma casa; si usted es menor de 21 años, incluye a sus padres, si vive en la misma casa. (Nota: Si usted es soltero o no está casado, tiene 21 años o más y no tiene personas a su cargo, no seleccione ningún miembro de la familia en la lista.)

Tipo de ingreso	Ingreso recibido		
	Propio	Del cónyuge	De los miembros de la familia
1. Salario/sueldo/bonificación/comisiones (sin deducciones)			
2. Seguro de desempleo o beneficios para veteranos			
3. Jubilación del seguro social/beneficios para sobrevivientes/seguro de ingreso suplementario (SSI)			
4. Otras pensiones o jubilaciones			
5. Seguro social para personas discapacitadas u otro ingreso por discapacidad			
6. Compensación para empleados o beneficios por enfermedad			
7. Pensión alimenticia o manutención de hijos			
8. Dividendos/intereses/regalías/ganancias de capital			
9. Ingresos del alquiler (ingreso bruto menos gastos)			
10. Asistencia pública (No incluya bonos para alimentos ni el Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos [LIHEAP].)			
11. Empresa/empleado autónomo/sociedades			

- Proporcione una prueba que demuestre su ingreso, el de su cónyuge y el de los miembros de su familia.
- Estos son ejemplos de pruebas aceptables de ingresos de salarios o sueldos brutos:
  - Recibos de pago de cuatro semanas (un mes) de ingresos, como mínimo
  - Devolución de impuestos del formulario 1040 del Servicio de Impuestos Internos (IRS), del formulario PA 40 y PA 1000 o devolución del impuesto local del año pasado (Las devoluciones de impuestos debe estar firmadas, incluso si están archivadas de manera electrónica.)
  - Formulario W-2 del año pasado
  - Sueldos por pequeños trabajos: Se acepta una carta no certificada.
  - Carta del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD)
  - Carta o documento por escrito del empleador con cuatro semanas (un mes) de ingresos
- Para otros tipos de ingresos como seguro de desempleo, seguridad social, pensiones, etc., envíe una copia de la carta de aprobación u otra documentación oficial como prueba.
- Si usted es empleado autónomo, debe proporcionar la última copia de la devolución de impuestos del IRS 1040, Anexo C.
- Si no tiene ningún ingreso, debe presentar una carta en la que se explique que en este momento no tiene ingresos y cómo suple sus necesidades diarias. La carta debe estar firmada y con fecha.

5 Información del gestor de casos

Si usted es gestor de casos, complete esta sección.

Nombre del gestor de casos

Número de teléfono del gestor de casos

Correo electrónico del gestor de casos

Nombre de la agencia

Dirección de la agencia

Continúa en la página 4 >>

6 Autorización para la divulgación de información relacionada con el VIH a determinadas personas

El SPBP no compartirá su información con nadie, excepto con usted o con el profesional de servicios de salud (es decir, médico o gestor de casos), a menos que complete el siguiente documento.

A continuación, elabore una lista de todas las personas a las que les concede autorización para que el SPBP se comunique con ellas.

1. Yo (nombre del solicitante en imprenta) solicito o solicito nuevamente los beneficios del Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales (SPBP) del Departamento de Salud.
2. Entiendo que es posible que el SPBP necesite información personal o deba analizar las circunstancias conmigo o con otras personas para determinar si reúno los requisitos para obtener los beneficios o no y para solucionar problemas en relación con mi participación en el SPBP.
3. Entiendo que la información personal es o puede ser confidencial, según la Ley de Confidencialidad de la Información Relacionada con el VIH.
4. Entiendo que para que el SPBP analice mis circunstancias o intercambie información personal con otras personas o con mi proveedor de servicios de salud y con el gestor de casos, deberé otorgarles permiso al SPBP y a su personal para que hablen con dichas personas.
5. Entiendo que, al firmar este documento, concederé dicho permiso durante seis meses, a menos que le informe al SPBP que no deseo que continúen hablando con una persona en particular o a menos que indique que dicha acción hará que retire mi permiso.
6. Entiendo que deberé firmar una autorización nueva cada vez que solicite el programa nuevamente.
7. Entiendo que el SPBP no analizará mis circunstancias con otras personas ni con mi proveedor de servicios de salud ni con el gestor de casos sin mi permiso y que esto podría afectar mi capacidad para solicitar el programa.

Autorizo al Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales del Departamento de Salud de Pensilvania y a sus filiales (Departamento de la Tercera Edad y Servicios de Salud de Magellan) a divulgar información relacionada con mi condición de VIH y con mi participación en curso o propuesta en el Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales a los fines de inscribirme, volver a inscribirme u obtener los beneficios que me corresponden o puedan corresponderme de acuerdo con dicho programa a cualquiera de estas personas (si es necesario, adjunte una hoja aparte en la que se mencionen personas adicionales).

Nombre completo y título o nombre de la agencia, organización, etc.
N.º 1

Dirección | Número de teléfono | Dirección de correo electrónico

Nombre completo y título o nombre de la agencia, organización, etc.
N.º 2

Dirección | Número de teléfono | Dirección de correo electrónico

Nombre completo y título o nombre de la agencia, organización, etc.
N.º 3

Dirección | Número de teléfono | Dirección de correo electrónico

Esta autorización puede retirarse en cualquier momento antes de que tenga lugar la divulgación. Esta autorización **expirará a los seis meses a partir de la fecha de mi inscripción** o cuando ya no desee participar en el programa, si es que no la he retirado antes.

He leído o una persona me ha leído y explicado esta autorización.

Nombre del solicitante en letra imprenta (persona que presenta una solicitud para el SPBP)

Número de id. del SPBP (si lo sabe)

FIRME AQUÍ

Firma del solicitante (o tutor legal)

Fecha

Continúa en la página 5 >>

7 Conteo de CD4 e información sobre la carga viral

¿Proporcionará una copia de los resultados de laboratorio del conteo de CD4 y de la carga viral de VIH-1 con fecha dentro del año pasado?

Sí (Presente copias de los resultados de laboratorio junto con la solicitud y vaya a la sección 8.)

No (A continuación, el médico que prescribe deberá completar la información sobre el conteo de CD4 y sobre la carga viral de VIH-1.)

Conteo de CD4 células/µl Fecha de la extracción

Seleccione aquí si, por motivos médicos, no se le ha indicado al solicitante que se realice un control del conteo de CD4 en el transcurso del año pasado, de acuerdo con las recomendaciones establecidas en las "Pautas para el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes infectados por el. VIH-1" vigentes.

Carga viral de VIH-1 copias/ml Fecha de la extracción

Nombre del médico que prescribe (en letra imprenta)

Número de Registro Nacional del Proveedor (NPI)

Número de teléfono del médico

Nombre la clínica u hospital

Dirección de la clínica u hospital

FIRME AQUÍ Firma del médico que prescribe Fecha

8 Confirmación del diagnóstico de VIH por un médico certificado

1. Si es la primera vez que presenta una solicitud para obtener el SPBP, un médico certificado deberá completar esta sección. El médico debe incluir su nombre en letra imprenta, número de NPI, firma y la fecha debajo.
2. Los solicitantes que se inscriben nuevamente en el SPBP no deben completar esta sección.

Nombre del solicitante (en letra imprenta)

Número de id. del SPBP (si lo sabe)

Fecha de la última consulta del paciente

Basado en mi conocimiento personal y en pruebas del expediente médico, certifico mediante la siguiente firma que las pruebas de laboratorio correspondientes permiten concluir que el paciente mencionado en la solicitud tiene un diagnóstico de VIH. Entiendo que los pagos para cubrir los medicamentos específicos para el tratamiento del VIH provendrán de fondos federales y estatales de acuerdo con el Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales. La tergiversación, el encubrimiento o la falsificación de información relativa al diagnóstico del solicitante podrían colocar al proveedor bajo sanciones civiles o penales.

Nombre del médico que prescribe (en letra imprenta)

Número de Registro Nacional del Proveedor (NPI)

FIRME AQUÍ Firma del médico que prescribe Fecha

Toda la información presentada solo se usará para administrar el Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales. Si tiene dudas sobre cómo completar esta sección, llame al 1-800-922-9384 o envíe un correo electrónico a SPBP@pa.gov.

Devuelva el formulario completo a la siguiente dirección:
Department of Health
Special Pharmaceutical Benefits Program
P.O. Box 8808
Harrisburg, PA 17105-8808
O envíe un correo electrónico a esta dirección: SPBP@magellanhealth.com
O envíe un fax: 888-656-0372

Continúa en la página 6 >>

9 Declaración certificatoria y firma del solicitante

Mis responsabilidades

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

1. cumplir con todas las políticas del SPBP, ya que es una condición para mantener la vigencia de la elegibilidad;
2. presentar una solicitud de reinscripción para ser sometida a revisión de mi información cada seis meses;
3. actualizar mi dirección, mi seguro y mi información sobre ingresos con documentación que justifique los cambios, si los hay;
4. tener una conducta profesional y responsable al comunicarme con representantes del SPBP;
5. renunciar a cualquier pago proveniente de cualquier compañía de seguro por el monto que sea y que el SPBP haya pagado en mi nombre y enviarlo inmediatamente al SPBP.

Entiendo y acepto que la falta de cumplimiento de cualquiera de las responsabilidades ya mencionadas llevará a la terminación o al rechazo de la solicitud.

Mis beneficios

Una vez aprobada esta solicitud de inscripción, tendré los siguientes beneficios:

1. asistencia con los costos de los medicamentos cubiertos que figuran en el formulario del SPBP;
2. asistencia con los costos de determinados servicios de laboratorio del SPBP, siempre y cuando no tenga otra cobertura de seguro;
3. asistencia con la inscripción en la Parte D de Medicare en los planes asociados del SPBP y en las primas mensuales (si corresponde).

Mis derechos de apelación

Si se rechaza la solicitud de inscripción o de reinscripción o se cancelan mis beneficios, tengo derecho a apelar la decisión.
(El SPBP enviará la información sobre cómo apelar una decisión desfavorable en una carta aparte).

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es fiel, exacta y completa. Acepto colaborar en la documentación de la información dada o brindar información adicional que justifique mi solicitud, según lo requiera el departamento. Entiendo que mi elegibilidad puede ser rechazada si no proporciono información exacta o completa o si no colaboro con el SPBP según lo solicite. Asimismo, entiendo que el SPBP puede terminar mi elegibilidad en cualquier momento si se determina que la información proporcionada es falsa o está incompleta.

FIRME AQUÍ

Firma del solicitante
(o tutor legal)

Fecha

Toda la información presentada será confidencial y solo se usará para administrar el Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales. La información se compartirá con los proveedores que procesan las reclamaciones a los fines de pagar las reclamaciones de laboratorios y farmacias, si corresponde, y a los fines relacionados con la coordinación de beneficios.

Si necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al 1-800-922-9384 o envíe un correo electrónico a SPBP@pa.gov.

Continúa en la página 7 >>

Lista de comprobación de solicitudes (información adicional que debe presentar al SPBP junto con la solicitud)

Lista de comprobación para las personas que se inscriben en el SPBP por primera vez	**Lista de comprobación para las personas que se inscriben nuevamente en el SPBP**
Incluya una prueba de residencia. Incluya una copia de la tarjeta del seguro social. Incluya una copia de la cara y la contracara de las tarjetas del seguro de medicamentos recetados o de salud (si corresponde). Incluya el aviso de rechazo de Medicaid (si corresponde). Incluya una prueba de los ingresos del hogar. Presente el formulario de la sección 8 “Confirmación del diagnóstico de VIH por un médico certificado” ante un médico que prescribe, quien deberá completarlo, firmarlo y devolverlo al SPBP.	Incluya una prueba de residencia. Incluya una copia de la cara y la contracara de las tarjetas del seguro de medicamentos recetados o de salud (si corresponde). Incluya el aviso de rechazo de Medicaid (si corresponde). Incluya una prueba de los ingresos del hogar. Presente una copia de los resultados de laboratorio del conteo de CD4 y de la carga viral del VIH-1 con fecha dentro del año pasado al SPBP (O bien, presente la sección 7 “Conteo de CD4 e información sobre la carga viral” ante un médico que prescribe, quien deberá completarla, firmarla y devolverla al SPBP).

Devuelva la solicitud completada y las copias de la documentación a la siguiente dirección:

pennsylvania
DEPARTMENT OF HEALTH

Special Pharmaceutical Benefits Program
P.O. Box 8808
Harrisburg, PA 17105-8808
O envíe un correo electrónico a esta dirección: SPBP@magellanhealth.com
O envíe un fax: 888-656-0372

Fin de la solicitud del SPBP