



Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales  
(Special Pharmaceutical Benefits Program)  
Solicitud exprés

El Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales (SPBP) está administrado por el Departamento de Salud de Pensilvania. Para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad del programa, límites de ingreso o servicios cubiertos, ingrese a [www.health.pa.gov/spbp](http://www.health.pa.gov/spbp).

Es necesario que los clientes de SPBP completen el proceso de determinación de elegibilidad cada seis meses. Durante este ciclo de seis meses, su elegibilidad para SPBP se determinará usando esta solicitud exprés de una página. En el próximo período de recertificación de seis meses, se necesitará una solicitud completa y documentos de respaldo. Proporcione una respuesta de sí o no a las cuatro preguntas a continuación como testimonio de su estado de residencia actual, ingresos del cliente/hogar, familiares en su hogar y estado del seguro. Recuerde escribir su nombre, fecha, número de identificación del SPBP y firme.

En los últimos seis (6) meses, ¿ha tenido cambios en:

su residencia?	Sí	No
el ingreso del cliente/hogar?	Sí	No
sus familiares?	Sí	No
su seguro?	Sí	No

Si informa algún cambio, se debe adjuntar la documentación de los cambios para continuar con su elegibilidad en SPBP. Consulte su carta de presentación para obtener ejemplos de los documentos que pueden usarse como comprobantes de información.

Nombre del cliente (letra de molde)

Fecha

Firma del cliente

N.º de ID

Para asegurarse de que no hay interrupción en los beneficios de SPBP, complete esta solicitud exprés y envíela junto con fotocopias de prueba de cualquier información **que haya cambiado**. Para su conveniencia, se adjunta un sobre con la dirección ya incluida.

Si tiene consultas sobre esta solicitud exprés, los beneficios o la inscripción, llame al 1-800-922-9384.

O envíe sus preguntas por correo electrónico a: [SPBP@pa.gov](mailto:SPBP@pa.gov)

Envíe la solicitud exprés completa a:



Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales

P.O. Box 8808

Harrisburg, PA 17105-8808

O envíe un correo electrónico a: [SPBP@magellanhealth.com](mailto:SPBP@magellanhealth.com)

Para enviar por fax: 888-656-0372