



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

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, los límites de ingreso o los servicios cubiertos, ingrese a <http://www.health.pa.gov/spbp>

Es necesario que los clientes de SPBP completen el proceso de determinación de elegibilidad cada 12 meses. Durante este ciclo de 12 meses, su elegibilidad para SPBP se determinará usando esta solicitud exprés de una página. En el próximo período de recertificación de 12 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, ingreso individual o del hogar, familiares en su hogar y estado del seguro. Recuerde escribir su nombre, fecha de nacimiento, número de identificación del SPBP, número de teléfono, firma y fecha en la solicitud.

En los últimos 12 meses, ¿ha tenido cambios en:

- |                                    |                             |                             |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| su residencia?                     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| el ingreso individual o del hogar? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| sus familiares?                    | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| su seguro?                         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> 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 de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de ID del SPBP \_\_\_\_\_ Número de teléfono principal \_\_\_\_\_

Firma del cliente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Para asegurarse de que no haya 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 preguntas 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:



Special Pharmaceutical Benefits Program

P.O. Box 8808

Harrisburg, PA 17105-8808

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

Para enviar por fax: 888-656-0372