



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 [www.health.pa.gov/spbp](http://www.health.pa.gov/spbp).

Si tiene consultas sobre la solicitud o la inscripción, llame al 1-800-922-9384 o envíe sus preguntas a [SPBP@pa.gov](mailto:SPBP@pa.gov).

<b>1 Información del solicitante</b>	
Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Sufijo (Sr., Jr., etc.) _____ Idioma preferido Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> _____ Número de ID del SPBP (si lo sabe) _____	
Dirección de residencia _____ Incluya comprobante de residencia con su solicitud. Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____	
Proporcione su dirección postal preferida a continuación si es diferente de su dirección de residencia. Debe ser una dirección en Pensilvania. Dirección postal preferida _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____	
Fecha de nacimiento _____	
Número de Seguro Social _____ Incluya comprobante de su número de Seguro Social con su solicitud. <input type="checkbox"/> No tengo un número de Seguro Social.	
Número de teléfono principal _____ Número de teléfono alternativo _____	
Sexo al nacer (seleccione una opción) <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	Sexo actual (seleccione una opción) <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Transgénero masculino a femenino <input type="radio"/> Transgénero no especificado <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Transgénero femenino a masculino <input type="radio"/> No desea responder <input type="radio"/> Otro
Origen étnico (seleccione una o más opciones) <input type="radio"/> Hispano o Latino (seleccione un subgrupo) <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicoamericano, chicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español <input type="radio"/> No hispano	Raza (seleccione una o más opciones) <input type="radio"/> Negro o afroamericano <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Asiático (seleccione un subgrupo) <input type="checkbox"/> Asiático indígena <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otra raza asiática <input type="radio"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska <input type="radio"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico (seleccione un subgrupo) <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otra raza de las islas del Pacífico <input type="radio"/> Otra
¿Alguna vez su conteo de CD4 descendió por debajo de 200 células/μl? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No estoy seguro	

**2 Otra cobertura médica**

¿Actualmente tiene alguna otra cobertura médica?  Sí (Complete la sección para el asegurado a continuación y proporcione una copia de su tarjeta de seguro con su solicitud)  No (Complete la sección para el no asegurado a continuación)

**Sección para el asegurado**

Seleccione cada tipo de cobertura que tiene actualmente y brinde una copia del frente y dorso de cada tarjeta de seguro.

- |                                                                  |                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medicare Parte A                        | <input type="checkbox"/> Administración de Veteranos de los Estados Unidos                          |
| <input type="checkbox"/> Medicare Parte B                        | <input type="checkbox"/> Seguro privado (seleccione subtipo)                                        |
| <input type="checkbox"/> Medicare Parte C/Plan Advantage (HMO)   | <input type="checkbox"/> Plan de su empleador                                                       |
| <input type="checkbox"/> Medicare Parte D                        | <input type="checkbox"/> Plan del mercado de seguros (www.pennie.com)                               |
| <input type="checkbox"/> Medicaid/Asistencia médica              | <input type="checkbox"/> Afiliación voluntaria que contrató directamente en una compañía de Seguros |
| <input type="checkbox"/> Otro (escriba el nombre del plan) _____ |                                                                                                     |

¿Su plan de seguro ofrece cobertura para medicamentos recetados?  Sí  No (Si tiene una tarjeta para medicamentos recetados aparte, proporcione una copia del frente y dorso de cada tarjeta)

**Sección para el no asegurado**

Si no tiene cobertura, seleccione el motivo.

- Sin ciudadanía estadounidense.  
 No puedo pagar el costo/las primas.  
 Decidí no solicitar otra cobertura de salud.  
 Otro \_\_\_\_\_

¿Ha solicitado Medicaid en los últimos 12 meses?  Sí  No

Si lo hizo, ¿cuál es el estado de su solicitud de Medicaid?  Aprobada  Denegada (proporcione la notificación de rechazo de Medicaid con su solicitud)  La solicitud continúa en revisión

**3 Familiares**

Brinde información sobre todos los familiares que viven en el hogar. Los familiares incluyen su cónyuge, sus hijos menores de 21 años que residen en su hogar y los adultos discapacitados que figuren como dependientes en su declaración de impuestos. Si usted es menor de 21 años, incluya a sus padres si viven en el mismo hogar. Si usted es un solicitante soltero de 21 años o más sin dependientes, no mencione ningún familiar.

**Cónyuge/familiar n.º 1**

Nombre (nombre, apellido, inicial del segundo nombre, sufijo) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Sexo actual  Masculino  Femenino  Transgénero Relación con usted  Cónyuge  Hijo menor de 21 años  Padre/madre del hijo menor de 21 años

**Familiar n.º 2**

Nombre (nombre, apellido, inicial del segundo nombre, sufijo) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Sexo actual  Masculino  Femenino  Transgénero Relación con usted  Hijo menor de 21 años  Padre/madre del hijo menor de 21 años

**Familiar n.º 3**

Nombre (nombre, apellido, inicial del segundo nombre, sufijo) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Sexo actual  Masculino  Femenino  Transgénero Relación con usted  Hijo menor de 21 años  Padre/madre del hijo menor de 21 años

Si es necesario, adjunte una hoja por separado con la lista de familiares adicionales.

**4 Ingreso individual o del hogar**

Seleccione cada tipo de ingreso que reciba usted y sus familiares. Los familiares incluyen su cónyuge, sus hijos menores de 21 años que residen en su hogar y los adultos discapacitados que figuren como dependientes en su declaración de impuestos. Si usted es menor de 21 años, incluya a sus padres si viven en el mismo hogar. Si usted es un solicitante soltero de 21 años o más sin dependientes, no seleccione ningún familiar.

Tipo de ingreso	Ingreso recibido		
	Propio	Cónyuge	Familiar(es)
1. Salario/sueldo/bonificación/comisiones (antes de deducciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Compensación por desempleo o beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jubilación por Seguro Social/beneficios para sobrevivientes/SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Otras pensiones o jubilación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Seguro Social por Incapacidad u otro ingreso por incapacidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Indemnización laboral o beneficios por enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pensión alimenticia o manutención para los hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dividendos/intereses/regalías/ganancias de capital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ingresos por alquiler (ingreso bruto menos gastos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Asistencia pública (no incluya cupones para alimentos o LIHEAP [Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos])	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Negocio/trabajador independiente/sociedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Brinde comprobante de ingreso suyo, de su cónyuge y familiar(es).
- Ejemplos de comprobantes de ingreso aceptables para sueldo/salario bruto:
  - Talón de ingresos correspondiente a cuatro semanas (un mes) de ingreso
  - Comprobantes de 1040, PA 40, PA 1000 del IRS, o declaración de impuestos locales del año anterior (Las declaraciones de impuestos deben estar firmadas aun si se presentaron electrónicamente).
  - Formulario W-2 del año anterior
  - Salarios por trabajos pequeños: una carta no notariada es aceptable.
  - Carta del HUD (Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano)
  - Carta/documento por escrito del empleador donde figuren cuatro semanas (un mes) de ingreso
- Para otros tipos de ingreso, tales como compensación por desempleo, Seguro Social, pensiones, etc., presente una copia de la carta de adjudicación u otra documentación oficial como comprobante.
- Si usted es un trabajador independiente, debe proporcionar una copia firmada de su declaración de impuestos 1040 del IRS más reciente, incluido el Anexo C.
- Si no recibe ningún ingreso, debe proporcionar una carta donde manifieste que actualmente no tiene ingresos y explicar cómo satisface sus necesidades diarias. La carta debe estar firmada y fechada.

**5 Información del administrador de casos**

Si tiene un administrador de casos, complete esta sección.

Nombre del administrador del caso \_\_\_\_\_

Número de teléfono del administrador del caso \_\_\_\_\_

Correo electrónico del administrador del caso \_\_\_\_\_

Nombre de la agencia \_\_\_\_\_ Dirección de la agencia \_\_\_\_\_

**6 Autorización para la divulgación de información relacionada con VIH a personas específicas**

**SPBP no compartirá su información con nadie excepto usted o su profesional médico (es decir, médico clínico o administrador de caso), a menos que complete este documento.**

Enumere todos los individuos a continuación a los que otorga consentimiento para la comunicación con SPBP.

1. Yo \_\_\_\_\_ (escriba el nombre del solicitante) estoy solicitando o solicitando nuevamente los beneficios del Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales (SPBP) del Departamento de Salud.
2. Entiendo que SPBP podría necesitar información sobre mí o podría tener que discutir mis circunstancias conmigo u otras personas para determinar si soy o no elegible para los beneficios y para resolver asuntos en relación con mi participación en SPBP.
3. Entiendo que mi información es o podría ser información confidencial bajo la Ley de Confidencialidad de Información Relacionada con el VIH.
4. Entiendo que para que SPBP discuta mis circunstancias o intercambie información sobre mí con personas que no sean yo o mi proveedor de atención médica y administrador de casos, debo brindar a SPBP y a su personal permiso para hablar con esas personas.
5. Entiendo que firmar este documento proporcionará permiso durante 12 meses, a menos que yo informe a SPBP que no deseo que continúen hablando con una persona específica o a menos que indique que un evento específico hará que retire mi permiso.
6. Entiendo que tendré que firmar una nueva autorización cada vez que vuelva a solicitar el programa.
7. Entiendo que SPBP no discutirá mis circunstancias con personas que no sean yo o mi proveedor de atención médica y administrador del caso sin mi permiso dado en un documento escrito aparte que cumpla con la Ley de Confidencialidad de Información Relacionada con el VIH (35 P.S. sección 7601 y siguientes).

Autorizo al Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales (SPBP) del Departamento de Salud de Pensilvania y 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 (agregue más hojas si es necesario):

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

N.º 1 \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

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

N.º 2 \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

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

N.º 3 \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Esta autorización se podrá cancelar en cualquier momento antes de que efectivamente se divulgue la información.

Esta autorización, si no la cancelo antes, **vencerá 12 meses después de la fecha de mi inscripción** o cuando ya no participe más en el programa.

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

Nombre del solicitante en letra de molde  
(persona que solicita SPBP)

Número de ID del SPBP (si lo sabe)

**FIRME AQUÍ**

Firma del solicitante  
(o tutor legal)

Fecha

7

**Declaración de certificación y firma del solicitante****Mis 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 12 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; y
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.

Entiendo y acepto que el incumplimiento de cualquiera de las responsabilidades antes mencionadas conllevará la suspensión de los beneficios o el 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 autorizados cubiertos por el programa SPBP;
2. Asistencia con los costos de los servicios de laboratorio especificados del SPBP solo si no tengo otra cobertura de seguro; y
3. Asistencia con la inscripción en Medicare Parte C y Parte D para los planes que participan con el SPBP y las primas mensuales (si corresponde).

**Mis derechos de apelación**

Si se rechaza mi solicitud de inscripción o reinscripción o se cancelan mis beneficios, tengo el derecho de apelar la decisión. SPBP le brindará información sobre cómo apelar una decisión desfavorable en una carta por separado.

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 lo requiera el departamento. Entiendo que mi elegibilidad puede ser denegada si no presento información correcta o completa o si no coopero con SPBP según fue solicitado. Entiendo, además, que SPBP puede suspender mi elegibilidad en cualquier momento si se demuestra que la información que proporcioné es falsa o está incompleta.

**FIRME AQUÍ**Firma del solicitante  
(o tutor legal) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Mantenemos la confidencialidad de su información y usamos esa información solamente para administrar el Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales. 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.

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

**8 Confirmación del diagnóstico de VIH por un médico clínico autorizado**

1. Si esta es la primera vez que solicita SPBP, entregue esta sección a su médico clínico autorizado para que la complete. Su médico clínico debe incluir su nombre con letra de molde, número de NPI (Registro Nacional del Proveedor), firma y fecha a continuación.
2. Esta sección no debe ser completada en caso de solicitantes que se estén reinscribiendo en SPBP.

Nombre del solicitante (letra de molde) \_\_\_\_\_ Número de ID de SPBP (si corresponde) \_\_\_\_\_

Fecha de la última cita del paciente \_\_\_\_\_

Según mi conocimiento personal y la evidencia del registro médico, al colocar mi firma a continuación, certifico que las pruebas de laboratorio correspondientes concluyen que al paciente mencionado en esta solicitud se le ha diagnosticado VIH. Entiendo que los pagos para los medicamentos específicos de VIH se solicitarán de los fondos estatales y federales en el marco del Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales. La distorsión, ocultación o falsificación de información relacionada con el diagnóstico del solicitante podría someter al médico a sanciones civiles o penales.

Nombre del médico que prescribe (letra de molde) \_\_\_\_\_ Número de NPI \_\_\_\_\_

**FIRME AQUÍ**

Firma del médico clínico que prescribe \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Usamos toda la información proporcionada solamente para administrar el Programa de Beneficios Farmacéuticos Especiales. Si tiene preguntas para completar esta solicitud, llame al 1-800-922-9384 o envíe un correo electrónico a [SPBP@pa.gov](mailto:SPBP@pa.gov).

Envíe el formulario completo a:  
Department of Health  
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

**Lista de control de la solicitud (información adicional para entregar a SPBP con su solicitud)****Lista de control para las personas que se inscriben en SPBP por primera vez**

- Incluya comprobante de residencia.
- Incluya una copia de su tarjeta de Seguro Social.
- Incluya una copia del frente y dorso de la tarjeta del seguro médico/para medicamentos (si corresponde).
- Incluya la notificación de rechazo de Medicaid (si corresponde).
- Incluya comprobante de ingreso individual o del hogar.
- Proporcione el formulario "Confirmación del diagnóstico de VIH por un médico clínico autorizado" de la sección 8 al médico clínico que prescribe para que lo complete, firme y envíe a SPBP.

**Lista de control para las personas que se reinscriben en SPBP**

- Incluya comprobante de residencia.
- Incluya una copia del frente y dorso de la tarjeta del seguro médico/para medicamentos y notificaciones de cancelación (si corresponde).
- Incluya la notificación de rechazo de Medicaid (si corresponde).
- Incluya comprobante de ingreso individual o del hogar.

**Envíe la solicitud completada y las copias de la documentación a:**



**pennsylvania**

DEPARTMENT OF HEALTH

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

Fin de la solicitud de SPBP