

ViiVConnect proporciona información completa sobre acceso y cobertura para ayudar a los pacientes a obtener los medicamentos de ViiV Healthcare que se les haya recetado. Hay cuatro formas de inscribir a un paciente:

Complete y envíe este formulario por fax al 1-844-208-7676

A través del portal en línea www.viivconnect.com
Para los proveedores de salud y representantes designados por el paciente

Llame al 1-844-588-3288 para hablar de manera personalizada con un Coordinador de acceso de atención dedicada.

Complete y envíe este formulario a la siguiente dirección: ViiVConnect Enrollment PO Box 220100 Charlotte, NC 28222-0100

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (OBLIGATORIA)					
Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:			
Teléfono preferido: ()	Calle:				
Fecha de nacimiento: / /	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

INFORMACIÓN DEL SEGURO - PACIENTES ASEGURADOS (Incluya copias escaneadas de ambos lados de las tarjetas de seguro médico y de prescripción médica del paciente)	
Nombre del seguro principal:	Nombre del titular de la póliza:
Teléfono del seguro principal: ()	Fecha de nacimiento del titular de la póliza: / /
N.º de ID de la póliza: N.º de grupo:	Relación del titular de la póliza con el paciente:
Nombre del suscriptor:	Teléfono del titular de la póliza: ()

MEDICAMENTO DE ViiV HEALTHCARE RECETADO (OBLIGATORIO)	
Nombre del producto:	Dosis (mg):

INFORMACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR (OBLIGATORIA)	
Nombre y apellido del médico prescriptor:	Nombre del contacto en el consultorio:
Nombre de la práctica:	Calle:
Teléfono: () Fax: ()	Ciudad: Estado: Código postal:
ID fiscal del médico prescriptor:	N.º de identificación de proveedor nacional (NPI) del médico prescriptor:
Licencia estatal del médico prescriptor:	N.º NPI del grupo:
Diagnóstico del paciente y código ICD-9/ICD-10:	

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE (PAP) - (Completar solo si se solicitan medicamentos sin costo para pacientes que reúnen los requisitos) El formulario debe estar acompañado por la prescripción médica.	
Enumere cualquier alergia conocida:	<input type="checkbox"/> Marque la casilla si no tiene
Enumere cualquier afección médica conocida:	<input type="checkbox"/> Marque la casilla si no tiene
Cantidad de personas que viven en la casa y que contribuyen al ingreso familiar o dependen de este:	
Número del Seguro Social (SSN)*: - -	Ingreso bruto anual total:
1. ¿El paciente es elegible para algún programa estatal o federal de cobertura de medicamentos recetados, como Medicaid o Mi Salud, el programa de salud del gobierno de Puerto Rico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Tiene el paciente alguna cobertura privada para medicamentos recetados (como planes patrocinados por el empleador, planes grupales privados, planes/intercambios del mercado, etc.)? • Si la respuesta es "Sí", indique por qué se requiere ayuda:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Cuál es el estado ADAP del paciente?	<input type="checkbox"/> Rechazado <input type="checkbox"/> En lista de espera <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> No lo ha solicitado/No es elegible
4. ¿El paciente está inscrito en un plan para medicamentos recetados de la Parte D de Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. Si la respuesta a la pregunta 4 es "Sí", ¿ha gastado el paciente \$600 o más en medicamentos recetados desde el 1.º de enero del presente año calendario? • Si la respuesta es "Sí", escanee una explicación de los beneficios o los recibos de farmacia que indiquen que el paciente pagó un total de, al menos, \$600 por concepto de medicamentos recetados el presente año calendario. Nota: Los pacientes de la Parte D de Medicare no pueden inscribirse telefónicamente.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

DIRECCIÓN DE ENVÍO (Completar solo si se solicita el Programa de asistencia al paciente y los medicamentos deben enviarse a una dirección diferente de la dirección del paciente que aparece al comienzo de la página)	
Los medicamentos se enviarán a la siguiente dirección: Nombre del destinatario o nombre comercial:	
Calle:	Ciudad: Estado: Código postal:
Especifique la relación del destinatario con el solicitante: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Representante designado del paciente (debe completar la información para Representante designado del paciente, en la página 2) <input type="checkbox"/> Otro (especificar relación):	

*Si no tiene un SSN o no lo puede proporcionar, tenga en cuenta que se le puede solicitar documentación sobre ingresos para revisar la elegibilidad al programa.

AUTORIZACIÓN Y PERMISO DEL PACIENTE

Certifico que la información proporcionada en este Formulario de inscripción y Autorización y permiso del paciente es verdadera y correcta. Entiendo que la obtención, el uso y la divulgación de determinada información están protegidos por la ley. Entiendo que la información contenida en este formulario de inscripción, como mi nombre, dirección, seguro, información médica y sobre medicamentos recetados es "información médica protegida". Al firmar a continuación, autorizo la obtención, el uso y la divulgación de mi información médica protegida como se describe a continuación. Entiendo que mis proveedores de salud no basarán ninguna decisión de tratamiento médico en mi aceptación de firmar esta Autorización y permiso del paciente. Entiendo que una vez que se obtiene, usa o divulga mi información médica protegida sobre la base de esta autorización vigente, las leyes federales de privacidad no podrán evitar que las entidades que se describen a continuación divulguen nuevamente mi información. Sin embargo, entiendo que estas entidades han accedido a obtener, usar o divulgar la información médica protegida recibida únicamente para los fines que se describen en esta autorización o según la ley lo requiera. Entiendo que Viiv Healthcare no cobra ningún tipo de tarifa por la participación en los programas ViivConnect. Es posible que se aplique un copago a cada receta despachada en una farmacia minorista. Si mi Representante autorizado designado del paciente cobra una tarifa por la inscripción o las recargas de los medicamentos que reciba sin cargo según los términos del Programa de asistencia al paciente, este dinero no se le pagará a Viiv Healthcare ni este deberá pagarlo. Certifico que cualquier producto que reciba de parte de Viiv Healthcare es para mi uso personal y no se venderá, intercambiará ni se entregará a otra persona. Certifico que la información que se brinda en esta solicitud está completa y es precisa a mi mejor saber y entender, y acepto notificar a ViivConnect sobre cualquier cambio en mi elegibilidad para el seguro o estado financiero. Entiendo que esta autorización permanecerá vigente durante dos (2) años o hasta que mi cobertura, codificación, reembolso o cualquier otra inquietud se resuelva, lo que tenga mayor duración. También entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento telefónicamente al 1-844-588-3288 o, por correo, al enviar una declaración escrita de mi revocación a la dirección: ViivConnect, PO Box 220100, Charlotte, NC 28222-0100, pero que dicha revocación daría por finalizada mi elegibilidad para participar en el programa según se ha descrito. Tras la recepción y el procesamiento de la revocación por escrito de esta autorización, se prohibirán las divulgaciones de la información de salud protegida. Sin embargo, Viiv Healthcare y otras empresas que esta utiliza para recolectar, usar y divulgar cierta información pueden realizar estas acciones por razones administrativas.

Inscripción en ViivConnect: El paciente y, si corresponde, el Representante designado del paciente DEBEN firmar esta Autorización y permiso del paciente. El Representante designado del paciente debe definir la relación con este en el cuadro designado a continuación.

Al firmar esta Autorización y permiso del paciente, autorizo a Viiv Healthcare y a cualquier otra empresa que Viiv Healthcare utilice para obtener, usar y divulgar mi información de salud protegida a hacer lo siguiente:

1. Solicitar y recibir de parte de mi médico, proveedor de salud, compañía de seguro médico o farmacéutico la información necesaria para investigar y resolver mi cobertura de seguro, codificación, consulta de reembolso o revisión de mi elegibilidad para los programas de asistencia al paciente y de asistencia para copagos.
2. Obtener, usar y divulgar entre sí cualquier información que yo pudiera brindar a ViivConnect para la investigación y resolución de mi cobertura de seguro, codificación o consulta de reembolso.
3. Divulgar a mi médico tratante, proveedor de salud o farmacéutico la información que yo proporcione a ViivConnect cuando sea necesario para resolver mi cobertura de seguro, codificación o consulta de reembolso. También autorizo a mi compañía de seguro, proveedor de salud y farmacéutico a divulgar la información sobre mis medicamentos recetados y afecciones médicas que ViivConnect solicite.
4. Ponerse en contacto con mi compañía de seguro, otras posibles fuentes de financiación, trabajadores sociales, organizaciones de defensa del paciente o programas de asistencia al paciente en mi nombre para determinar si reúno los requisitos para la cobertura de seguro médico u otros fondos, y brindarles a ellos información sobre mis medicamentos recetados y las afecciones médicas que haya brindado yo, mi médico, mi proveedor de salud o farmacéutico a ViivConnect.
5. Divulgar cualquier información obtenida de las fuentes que se enumeran anteriormente a terceros, según lo requiera la ley.
6. Solicitar documentos adicionales e información, en cualquier momento, incluso si ya estoy inscrito para que Viiv Healthcare pueda determinar si la información en este formulario está completa y es verdadera.

Si corresponde, autorizo al Representante designado del paciente a actuar en mi nombre de conformidad con el Certificado del representante designado del paciente que figura abajo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*
Si no estoy disponible cuando me llamen, autorizo a ViivConnect a dejar un mensaje de voz con el nombre del Coordinador de acceso, una referencia de ViivConnect y un número de teléfono para devolver la llamada.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*
Autorizo a ViivConnect a enviarme información por correo sobre mis beneficios y otros comunicados que contengan referencias de ViivConnect.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*

***Si no autorizo a ViivConnect a dejarme un correo de voz con el nombre del Coordinador de acceso, una referencia de ViivConnect y un número de teléfono para devolver la llamada, seré responsable de comunicarme con ViivConnect.**

Paciente (OBLIGATORIO)	Nombre (en letra de imprenta):
Firma:	
Fecha: / /	

Representante designado del paciente¹	Nombre (en letra de imprenta):
Firma (no se aceptan las firmas selladas):	
Fecha: / /	
Relación con el paciente:	

CERTIFICADO DEL REPRESENTANTE DESIGNADO DEL PACIENTE

Mediante mi firma, certifico que, a mi mejor saber y entender, la información de esta solicitud es correcta y está completa. No tengo conocimientos de ningún intento de vender, intercambiar o entregar los medicamentos sin cargo recibidos según los términos del Programa de asistencia al paciente a ninguna persona que no sea el paciente al que se le recetaron los medicamentos. A mi mejor saber y entender, la información sobre el paciente que consta en esta solicitud está completa. Reconozco que los programas que se brindan a través de ViivConnect no constituyen un seguro de salud. Mi firma más arriba también sirve como testimonio de que el Paciente me ha autorizado a actuar en su nombre. Como representante designado del paciente, autorizo a Viiv Healthcare y a cualquier otra empresa que Viiv Healthcare utiliza a obtener, usar y divulgar la información del paciente. También entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en nombre del paciente en cualquier momento telefónicamente al 1-844-588-3288 o, por correo, al enviar una declaración escrita de mi revocación a la dirección: ViivConnect, PO Box 220100, Charlotte, NC 28222-0100, pero que dicha revocación daría por finalizada mi elegibilidad para participar en el programa según se ha descrito. Tras la recepción y el procesamiento de la revocación por escrito de esta autorización, se prohibirán las divulgaciones de la información de salud protegida. Sin embargo, aún se podrá obtener, usar y divulgar determinada información para fines administrativos de Viiv Healthcare o cualquier otra empresa que Viiv Healthcare utiliza para obtener, usar o divulgar esa información.

Complete, firme y envíe electrónicamente todas las páginas de este formulario y los documentos aplicables correspondientes (incluida la receta²) a través del portal o por fax al 1-844-208-7676 (número gratuito).
Para obtener asistencia, llame al 1-844-588-3288 (número gratuito), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 11 p. m., hora estándar del este.

¹Complete esta sección solo si el Representante designado del paciente inscribe al Solicitante y desea ser la persona de contacto y recibir la correspondencia del programa en nombre del Solicitante.

²Las recetas enviadas por fax solo son válidas si se envían directamente desde el consultorio médico y están acompañadas de una carta de presentación.

