

Formulario de inscripción del paciente

ViiVConnect™ es un programa de asistencia que brinda acceso a medicamentos de ViiV Healthcare a los pacientes que reúnan los requisitos. Al completar este formulario, usted podrá obtener información sobre la cobertura y el acceso. Hay 3 formas de inscribir a un paciente: (1) complete una copia en papel y envíela por fax al 1-844-208-7676, (2) ingrese al portal en línea en www.viivconnect.com, o (3) llame al 1-844-588-3288 para inscribirse con la ayuda de un Coordinador de Acceso directo.



SERVICIOS SOLICITADOS

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verificación de beneficios | <input type="checkbox"/> Programa de copago | <input type="checkbox"/> Asistencia para reclamos |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia al Paciente (PAP)* | <input type="checkbox"/> Asistencia para autorización previa | <input type="checkbox"/> Consulta general |

MEDICAMENTOS DE ViiV HEALTHCARE RECETADOS (OBLIGATORIO)

Nombre del producto: _____ Dosis (mg): _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (OBLIGATORIO)*

Nombre y apellido: _____	Calle: _____
Teléfono preferido: () _____	Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Fecha de nacimiento: / / _____	Cantidad de personas, incluido el solicitante, que habitan en la vivienda: _____
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Cantidad de personas que dependen de los ingresos familiares: _____
Número del Seguro Social (SSN): ¹ - -	Ingreso anual bruto total: _____

Autorizo a mis proveedores de atención médica y a toda persona que pudiera estar ayudándome a solicitar este programa a compartir información sobre mí con ViiVConnect y las empresas que ViiVConnect utiliza para administrar el programa. Autorizo a ViiVConnect y a sus administradores a obtener un informe del consumidor sobre mi persona. Mi informe del consumidor y la información que se obtenga desde fuentes públicas y de otro tipo, se utilizarán para calcular mis ingresos como parte del proceso para decidir si reúno los requisitos para recibir medicamentos sin cargo de parte de ViiVConnect. Ante mi solicitud, ViiVConnect me brindará el nombre y la dirección de la agencia de informes de consumidores que suministró el informe del consumidor. Comprendo que la información que suministro se utilizará para determinar mi elegibilidad para ViiVConnect, para administrar el programa o para cumplir con cualquier solicitud de divulgación exigida por la ley. Esta autorización se extenderá durante todo el tiempo que dure mi participación en ViiVConnect y por un período de siete años posteriormente. Comprendo que ViiVConnect y sus administradores pueden solicitar documentos e información adicional en cualquier momento, incluso si ya estuviera inscripto, para que puedan decidir si la información contenida en este formulario está completa y es auténtica.

Es posible que ViiVConnect intente comunicarse con usted directamente por teléfono. Si no está disponible: Seleccione "Sí" si autoriza que ViiVConnect solamente le deje un número gratuito para volver a llamar. Seleccione "No" si no desea que ViiVConnect le deje un número gratuito para volver a llamar. Sí No

DIRECCIÓN DE ENVÍO (Complete esta sección únicamente si el medicamento se enviará a un lugar diferente de la dirección de correo provista anteriormente)

Destinatario o nombre comercial: _____

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Especifique la relación del destinatario con el solicitante: Sí mismo Representante del paciente (debe completar la información del representante del paciente en la página 2) Otra (especifique la relación): _____

INFORMACIÓN MÉDICA Y SOBRE ALERGIAS (OBLIGATORIO)

Enumere cualquier alergia conocida a fármacos: _____ Marque el recuadro si la respuesta es Ninguna

Enumere todas las afecciones médicas conocidas: _____ Marque el recuadro si la respuesta es Ninguna

COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS (OBLIGATORIO)

- ¿El solicitante reúne los requisitos para algún plan estatal o federal de cobertura de medicamentos recetados, como Medicaid? Sí No
- ¿El solicitante reúne los requisitos para el Plan de Salud del Gobierno de Puerto Rico, Mi Salud? Sí No
- ¿El solicitante cuenta con alguna cobertura privada de medicamentos recetados (incluidos los planes patrocinados por el empleador, planes de grupos privados, etc.)? Sí No
 - Si la respuesta es "sí", indique los motivos por los que se requiere asistencia:
- ¿El solicitante tiene cobertura de medicamentos recetados a través de un plan/intercambio del mercado de seguros de salud? Sí No
- ¿Cuál es el estado ADAP (Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA) del solicitante? Denegado En lista de espera Pendiente No se aplica/no reúne los requisitos
- ¿El solicitante está inscripto en un plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare? Sí No
- Si responde "sí" a la pregunta 6, ¿el solicitante ha gastado \$600 o más en medicamentos recetados desde el 1 de enero del año calendario actual? Sí No
 - Si la respuesta es "sí", escanee una explicación de beneficios o recibos de farmacia que indiquen que el solicitante pagó un total de \$600 por medicamentos recetados en el año calendario actual

INFORMACIÓN DE SEGURO (incluya copias escaneadas del frente y el dorso de TODAS las credenciales de seguro, incluso aquellas para servicios médicos o medicamentos recetados)

Nombre del seguro PRIMARIO: _____	Nombre del asegurado: _____
Teléfono: () _____	Fecha de nacimiento del asegurado: / / _____
Número de identificación de la póliza: _____ Número de grupo: _____	Relación del asegurado con el paciente: _____
Nombre del suscriptor: _____	Teléfono del asegurado: () _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA (OBLIGATORIO)

Nombre y apellido del médico que receta: _____	Nombre de contacto del consultorio: _____
Nombre del consultorio: _____	Calle: _____
Teléfono: () _____ Fax: () _____	Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Identificación fiscal del médico que receta: _____	Número de NPI del médico que receta: _____
Número de licencia estatal del médico que receta: _____	Número de NPI del grupo: _____
Diagnóstico del paciente y código ICD-9/ICD-10: _____	



*El formulario completo debe estar acompañado por la receta.

¹El propósito exclusivo del número del Seguro Social es determinar si se reúnen los requisitos de ingresos sin necesidad de presentar documentación. Si no tiene un número de Seguro Social o no puede brindarlo, tenga en cuenta que se le puede solicitar documentación de ingresos para revisar si reúne los requisitos para el programa.

El formulario continúa en la siguiente página.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y AUTORIZACIÓN PARA RECOPILAR, USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Verifico que la información proporcionada en este documento es verdadera y correcta. Comprendo que la recopilación, el uso y la divulgación de información sobre mi salud están protegidos por la ley. La información que contiene el presente formulario de inscripción, como mi nombre, dirección, seguro, receta e información médica, es "información de salud protegida". Al firmar a continuación, estoy de acuerdo con la recopilación, el uso y la divulgación de mi información de salud protegida como se describe a continuación. **Comprendo que mis proveedores de atención médica no basarán ninguna decisión relativa a tratamientos médicos en mi acuerdo de firmar la presente autorización del paciente y autorización para tratamiento médico.** Comprendo que una vez que se divulgue información sobre mi persona basada en la presente autorización, las leyes de privacidad federales no podrán impedir que las entidades descritas a continuación continúen divulgando mi información. No obstante, comprendo que dichas entidades han acordado usar o divulgar información recibida solo para los fines descritos en la presente autorización o según lo requiera la ley. Comprendo que ViiV Healthcare no cobra una tarifa para la participación en este programa. Se puede aplicar un copago para cada receta surtida en una farmacia minorista. Si mi defensor cobra una tarifa por la inscripción o los surtidos de mi medicamento, este dinero no es pagado por ViiV Healthcare ni se le paga a ViiV Healthcare. Certifico que cualquier producto que reciba de parte de este programa es para mi propio uso y no se venderá, intercambiará ni entregará a otra persona. Certifico que, de acuerdo con mi leal saber y entender, la información suministrada en esta solicitud está completa y es precisa, y acepto notificar a ViiV Healthcare de cualquier cambio en mi elegibilidad para el seguro o estado financiero. Comprendo que la presente autorización permanecerá vigente por dos (2) años o hasta que mi cobertura, codificación, reembolso u otra investigación se haya resuelto, cualquiera sea el que tome más tiempo. Además, comprendo que tengo el derecho de revocar la presente autorización en cualquier momento llamando al 1-844-588-3288 o enviando un correo con una declaración sobre mi anulación escrita y firmada a ViiVConnect, PO Box 220100, Charlotte, NC 28222-0100, pero que dicha anulación terminaría con mi elegibilidad para participar en los programas descritos. La anulación de la presente autorización prohibirá divulgaciones de información después de la fecha de recibida la anulación escrita, a excepción de que se hayan tomado medidas que dependan de la presente autorización. Esto significa que luego de revocar la presente autorización, su información podrá divulgarse entre ViiV Healthcare y la empresa o empresas que ayuden a ViiV Healthcare a administrar los programas para mantener registros de su participación, pero no se divulgará o usará de otra manera.

Inscripción en ViiVConnect para la ayuda para reembolsos y asistencia para el paciente: El paciente, o el representante autorizado del paciente, DEBE firmar el presente formulario para recibir ayuda para reembolsos y asistencia de ViiVConnect.

Antes de firmar, usted, el paciente, debe revisar, comprender y estar de acuerdo con los términos de la presente autorización del paciente y autorización para tratamiento médico. Si un representante autorizado firma por el paciente, indique la relación con este. Al firmar a continuación, autorizo a ViiVConnect, así como también a sus agentes, beneficiarios y cualquier otra empresa que ViiV Healthcare utilice para administrar servicios de reembolso para los productos de ViiV Healthcare, a realizar lo siguiente:

1. Solicitar y recibir de mi médico, proveedor de atención médica, aseguradora médica o farmacéutico, información necesaria para investigar y resolver mi cobertura de seguro, codificación, investigación sobre reembolsos, o revisar mi elegibilidad para programas de asistencia para el paciente y asistencia de copago.
2. Recopilar, usar y divulgar entre ellos cualquier información que proporcione a ViiVConnect con el fin de investigar y averiguar sobre mi cobertura de seguro, codificación o consulta sobre reembolsos.
3. Revelarle a mi médico, proveedor de atención médica o farmacéutico información que yo le proporcionara a ViiVConnect cuando sea necesario para averiguar sobre mi cobertura de seguro, codificación o consulta sobre reembolsos. Al firmar a continuación, también autorizo a mi aseguradora, médico, proveedor de atención médica y farmacéutico a publicar información sobre mis medicamentos recetados y mi enfermedad que ViiVConnect haya solicitado.
4. Ponerse en contacto con mi aseguradora, otras fuentes de financiación potenciales, trabajadores sociales, organizaciones de defensa al paciente y/o programas de asistencia al paciente en mi nombre para determinar si soy elegible para la cobertura de seguro médico u otros fondos y revelarles a ellos información sobre mis medicamentos recetados y enfermedad que yo o mi médico, proveedor de atención médica o farmacéutico hayamos proporcionado.
5. Divulgar cualquier información obtenida de las fuentes enumeradas anteriormente a terceros si así lo solicitara la ley.
6. Obtener un informe del consumidor sobre mi persona. Mi informe del consumidor y la información que se obtenga desde fuentes públicas y de otro tipo, se utilizarán para calcular mis ingresos como parte del proceso para decidir si reúno los requisitos para recibir medicamentos sin cargo de parte de ViiV Healthcare. Ante mi solicitud, ViiVConnect me brindará el nombre y la dirección de la agencia de informes de consumidores que suministró el informe del consumidor.
7. Solicitar documentos e información adicional en cualquier momento, incluso si ya estuviera inscripto, para que puedan decidir si la información contenida en este formulario está completa y es auténtica.

Nombre del paciente (en letra impresa):

Nota: Los pacientes de la Parte D de Medicare no podrán inscribirse por teléfono.

Firma del paciente:

Fecha: / /

Nombre del representante del paciente* (si no es el paciente) que puede obtener información en nombre del paciente (en letra de imprenta):

Firma del representante del paciente (si no es el paciente); no se acepta la firma estampada:

Fecha: / /

Relación con el paciente:

Con mi firma certifico que, a mi leal saber y entender, la información de esta solicitud es correcta y está completa. No estoy al tanto de ningún intento de venta, intercambio o entrega de este producto a una persona diferente del Solicitante para quien ha sido recetado. Según mi leal saber y entender, el Solicitante no cuenta con beneficios de seguro médico/de medicamentos recetados para los productos farmacéuticos indicados, incluido Medicaid u otros programas públicos diferentes de los indicados, y el Solicitante no cuenta con recursos financieros suficientes para pagar por el tratamiento recetado. Mi firma más arriba también sirve para certificar que el Solicitante me ha autorizado a actuar en su nombre.

Complete, firme y envíe electrónicamente todas las páginas de este formulario y los documentos aplicables correspondientes, incluida una copia de la receta,[†] a través del portal o por fax al **1-844-208-7676 (número sin cargo)**.

Si tiene alguna pregunta, llame al **1-844-588-3288 (número sin cargo)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. (hora del Este).

*No es necesario si el Solicitante se está inscribiendo a sí mismo; solo se debe completar esta sección si el representante del paciente inscribe al Solicitante y desea ser la persona de contacto y recibir la correspondencia del programa para el Solicitante.

[†]Tenga en cuenta que las recetas enviadas por fax solo son válidas si se envían directamente desde el consultorio médico y están acompañadas de una hoja de presentación de fax.

