

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](http://www.viivconnect.com)  
Para los proveedores de salud y representantes designados por el paciente

Hable con un Coordinador de acceso en persona al 1-844-588-3288

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:	Masculino Femenino

INFORMACIÓN DEL SEGURO: PACIENTES ASEGURADOS (Incluir copias escaneadas de ambos lados de las tarjetas de seguro médico y de la receta 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 receta médica.			
Enumere cualquier alergia conocida:	Marque la casilla si no tiene		
Enumere cualquier afección médica conocida:	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 anual total bruto:		
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?	Sí	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:	Sí	No	
3. ¿Cuál es el estado ADAP del paciente?	Rechazado	En lista de espera	Pendiente No lo ha solicitado/No es elegible
4. ¿El paciente está inscrito en un plan para medicamentos recetados de la Parte D de Medicare?	Sí	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.	Sí	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: Médico Representante designado del paciente (debe completar la información para Representante designado del paciente, en la página 2) 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, aún se podrá obtener, usar y divulgar determinada información para fines administrativos de Viiv Healthcare y otras empresas que Viiv Healthcare utiliza para obtener, usar y divulgar esa información.

**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 su relación con el paciente en la casilla indicada abajo.

Al firmar esta Autorización y permiso del paciente, autorizo a Viiv Healthcare y a cualquier otra empresa que Viiv Healthcare utiliza 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.	Sí	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.	Sí	No*
Autorizo a ViivConnect a enviarme información por correo sobre mis beneficios y otros comunicados que contengan referencias de ViivConnect.	Sí	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.**

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

<b>Representante designado del paciente<sup>†</sup></b>	<b>Nombre (en letra de imprenta):</b>
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 receta<sup>‡</sup>) 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 8 P. M., hora estándar del este.**

<sup>†</sup> Complete 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.

<sup>‡</sup> Las recetas enviadas por fax solo son válidas si se envían directamente por un médico y están acompañadas de una carta de presentación.