

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 atención médica 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:
ViiVConnect Enrollment
PO Box 220100 Charlotte, NC 28222-0100

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (OBLIGATORIA)			
Nombre:	Inicial de segundo nombre:	Apellido:	
Teléfono preferido: ()	Calle:		
Fecha de nacimiento: / /	Ciudad:	Estado:	Código Postal: Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Yo, el paciente, autorizo a ViiVConnect a dejar un número telefónico gratuito para que les devuelva la llamada si no estoy disponible cuando me llamen. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

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 ident. 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 personas que viven en la casa y que contribuyen o dependen del ingreso familiar:	
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? <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.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • Si la respuesta es "Sí" indique por qué se requiere ayuda:	
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 de enero del presente año calendario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • 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 en concepto de medicamentos recetados el presente año calendario. Nota: Los pacientes de la Parte D de Medicare no pueden inscribirse telefónicamente.	

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: 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 PARA OBTENER, USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Certifico que la información que se brinda en el presente es veraz y correcta. Entiendo que la obtención, el uso y la divulgación de mi información médica están protegidos por la ley. 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, para todos los períodos pasados, presentes y futuros, autorizo la obtención, el uso y la divulgación de mi información médica protegida como se describe a continuación. **Entiendo que mis proveedores de atención médica no basarán ninguna decisión de tratamiento médico en mi aceptación de firmar esta Autorización y permiso del paciente.** Entiendo que una vez que se divulga la información sobre mi persona sobre la base de esta autorización, 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 usar o divulgar la información 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 este programa ViiVConnect. Es posible que se aplique un copago a cada prescripción despachada en una farmacia minorista. Si mi Representante designado del paciente cobra una tarifa por la inscripción o las recargas de los medicamentos que reciba sin cargo bajo los términos del Programa de Asistencia al Paciente, este dinero no se le pagará a ViiV Healthcare ni será pagado por este. Certifico que cualquier producto que reciba de parte del programa ViiVConnect 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 por dos (2) años o hasta que mi cobertura, codificación, reembolso o cualquier otra inquietud se resuelva, lo que sea más prolongado. 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: ViiVConnect, PO Box 220100, Charlotte, NC 28222-0100, pero que una revocación tal daría por finalizada mi elegibilidad para participar en el programa según se ha descrito. Al revocar esta autorización, se prohíben las divulgaciones posteriores a la fecha de recepción de la revocación escrita, excepto en la medida en que esa acción se haya tomado en conformidad con esta autorización. Esto significa que después de que revoque esta autorización, su información puede divulgarse entre ViiV Healthcare y las compañías que ayudan a ViiV Healthcare a administrar programa para llevar registros de su participación, pero que no se divulgará ni utilizará de otra manera.

Inscripción en ViiVConnect: El paciente y, si corresponde, el Representante designado del paciente DEBEN firmar este formulario.

Antes de firmar, usted, el paciente, debe revisar, entender y aceptar los términos de esta autorización y permiso. Si el Representante designado del paciente firma además del paciente, se debe indicar la relación con este. Al firmar a continuación, autorizo a ViiVConnect, así como a sus agentes, licenciatarios y otras compañías que ViiV Healthcare utiliza a hacer lo siguiente:

1. Solicitar y recibir de parte de mi médico, proveedor de atención médica, compañía aseguradora de salud 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, utilizar y divulgar a otras partes cualquier información que yo pudiera brindar a ViiVConnect para los fines de la investigación y resolución de mi cobertura de seguro, codificación o consulta de reembolso.
3. Divulgar a mi médico tratante, proveedor de atención médica o farmacéutico la información que yo proporcioné a ViiVConnect cuando sea necesario para resolver mi cobertura de seguro, codificación o consulta de reembolso. Al firmar a continuación, también autorizo a mi compañía de seguro médico, proveedor de atención médica y farmacéutico a divulgar la información sobre mis medicamentos recetados y afecciones médicas que ViiVConnect solicite.
4. Ponerse en contacto con mi compañía de seguros, otras posibles fuentes de financiación, trabajadores sociales, organizaciones de defensa del paciente y/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 atención médica o farmacéutico.
5. Divulgar cualquier información obtenida de las fuentes que se enumeran anteriormente a terceros, según lo requiera la ley.
6. Obtener un informe del consumidor (para los pacientes que solicitan medicamentos sin cargo). Mi informe del consumidor y la información que se obtenga de fuentes públicas y de otro tipo se utilizará para calcular mi ingreso como parte del proceso para decidir si reúno los requisitos para recibir medicamentos sin cargo de parte de ViiV Healthcare. Si lo solicito, ViiVConnect me brindará el nombre y la dirección de la agencia de informes del consumidor que suministró dicho informe.
7. Solicitar documentos adicionales e información, en cualquier momento, aún si ya estoy inscrito para que puedan decidir si la información en este formulario está completa y es cierta.
8. (Si el paciente designa un Representante designado del paciente): A usar, divulgar y recibir mi información médica protegida al Representante designado del paciente identificado a continuación, o de parte de este.

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

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

Mediante mi firma certifico que, a mi mejor saber y entender, la información de esta solicitud es correcta y está completa. No tengo intención ni conocimientos de ningún intento de vender o entregar los medicamentos sin cargo recibidos bajo los términos del Programa de Asistencia a Pacientes a ninguna persona que no sea el Solicitante a quien se han recetado los medicamentos. A mi mejor saber y entender, la información sobre el Solicitante 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 para como testimonio de que el Solicitante me ha autorizado a actuar en su nombre. Si el paciente designa a un Representante designado del paciente, autorizo a ViiVConnect, así como a sus agentes y licenciatarios y cualquier otra empresa que utilice ViiV Healthcare, a utilizar, divulgar y recibir la información médica protegida del paciente al Representante designado del paciente identificado a continuación, o de parte de este. Esta autorización tendrá validez para todo los períodos pasados, presentes y futuros. Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización, ya sea por escrito o verbalmente al comunicarme al 1-844-588-3288 (número gratuito).

Complete, firme y envíe electrónicamente todas las páginas de este formulario y los documentos aplicables correspondientes (incluyendo la prescripción[†]) 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.

*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.

[†]Las prescripciones enviadas por fax solo son válidas si se envían directamente desde el consultorio médico y están acompañadas de una carta de presentación.

