

ViiVConnect brinda información completa sobre accesos y coberturas para ayudar a pacientes a obtener sus medicamentos recetados de ViiV Healthcare.

Formulario de inscripción para obtener CABENUVA (cabotegravir; rilpivirine)

Servicios solicitados (marque todos los que correspondan):

- ☐ Verificación de beneficios
☐ Marque esta casilla SOLO para la verificación de beneficios
☐ Cumplimiento de la dosis oral inicial (OLI)
☐ Asistencia para reclamos
☐ Solicitud del Programa de Asistencia al Paciente (PAP) de ViiV Healthcare*
☐ Inscripción para ahorros en copagos

Fecha prevista de la inyección:

1 Información del paciente ⓘ TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Nombre preferido	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Dirección	Dpto./Edificio/Piso	Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono	Correo electrónico	Sexo: ☐ M ☐ F		
		☐ Solicitar materiales en español		

2 Información sobre el seguro ⓘ Adjunte copias del anverso y reverso de todas las tarjetas de seguro

Titular de la póliza: ☐ El paciente ☐ Otra persona (complete a la derecha)	Titular de la póliza (nombre, apellido) 	Relación con el paciente
Tipo de plan o póliza: ☐ Comercial/empleador ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ ADAP ☐ Ninguno		
Nombre del seguro médico 	Nombre del plan de medicamentos recetados 	
N.º de teléfono del seguro 	N.º de teléfono del seguro 	
N.º de ID de la póliza Grupo ID del prescriptor (si corresponde)	N.º de ID de la póliza (si corresponde) Grupo (si corresponde) BIN (si corresponde) PCN (si corresponde)	

El paciente tiene un seguro secundario: ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, indique el nombre del seguro

ⓘ Si la información del seguro está incompleta, ViiVConnect o el Programa de Asistencia al Paciente de ViiV Healthcare se comunicarán directamente con usted para obtener más detalles.

Certificación del personal del consultorio del prescriptor ⓘ OBLIGATORIO

Certifico que el consultorio del prescriptor ha obtenido todos los consentimientos legales requeridos, incluidos, entre otros, los consentimientos del paciente correspondientes según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 y todas las leyes de privacidad estatales aplicables, para facilitar la información personal y de salud del paciente a ViiVConnect y al Programa de Asistencia al Paciente de ViiV Healthcare a fin de verificar la cobertura del seguro, buscar asistencia financiera, coordinar la dispensación de la receta del paciente y para otros propósitos como se describe en la Autorización del paciente a continuación. ViiVConnect y el Programa de Asistencia al Paciente de ViiV Healthcare pueden comunicarse con nuestra oficina o con el paciente para consultar acerca de la información incluida en este formulario y cualquier requisito específico del proceso de inscripción.

Nombre del personal del consultorio del prescriptor (en letra de imprenta)	Firma del personal del consultorio del prescriptor	Fecha
--	--	-----------------------------------

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE ✍ FIRMA OBLIGATORIA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Comprendo que debo completar y firmar este formulario de inscripción para poder participar en ViiVConnect o en el Programa de Asistencia al Paciente de ViiV Healthcare. También comprendo que para poder recibir servicios a través de ViiVConnect o del Programa de Asistencia al Paciente de ViiV Healthcare, ViiV Healthcare, GSK Patient Access Programs Foundation o sus agentes ("ViiV") deben recibir, utilizar y divulgar mi información personal.

Información que se utilizará y divulgará: mi información personal, como mi nombre, dirección, fecha de nacimiento, información de seguro, datos financieros, medicamentos, recetas, información médica y cualquier otra información que se mencione en este formulario de inscripción.

1. Procesar mi formulario de inscripción, verificar la información que haya brindado y recopilar cualquier información adicional necesaria para la inscripción en ViiVConnect o el Programa de Asistencia al Paciente de ViiV Healthcare.*
2. Identificar los beneficios de mi plan de salud y la elegibilidad para la cobertura del plan de salud, además de ayudar a resolver problemas relacionados con la cobertura del seguro, la codificación o los reembolsos.
3. Buscar otras opciones de cobertura de seguro y remitirnos a mí y a mi equipo médico a organizaciones de representación, planes de salud, apoyo para pacientes o programas de asistencia al paciente que podrían ayudarme con el acceso a los medicamentos.
4. Comunicarse con mi equipo médico y otras farmacias y proveedores de atención médica por asuntos relacionados con mis recetas, tratamiento y afecciones médicas.
5. Comunicarse conmigo por teléfono, mensaje de voz o de texto, correo postal y electrónico con mi información de contacto incluida en este formulario para proporcionarme información sobre los beneficios de mi plan de salud, los servicios de asistencia financiera y mis medicamentos recetados de ViiV Healthcare.
6. Brindar ayuda económica y servicios de apoyo con base en la decisión de ViiV sobre mi elegibilidad.
7. Mejorar o desarrollar los servicios de ViiVConnect o del Programa de Asistencia al Paciente de ViiV Healthcare, así como para otros fines administrativos y empresariales internos, incluidos fines analíticos.

Comprendo que mi equipo médico no condicionará la prestación de ningún tratamiento médico ni el pago a mi aceptación de firmar esta autorización del paciente. Asimismo, comprendo que no se necesita mi consentimiento para firmar esta autorización del paciente para que se surta mi receta y que ViiV puede compensar a mi farmacia por proporcionarle mi información personal. Comprendo que, una vez que mi información personal se haya divulgado en virtud de esta autorización del paciente, determinadas normas federales de privacidad podrían no aplicarse y podría volver a divulgarse. Sin embargo, también comprendo que ViiV tiene la intención de usar y divulgar mi información personal solo conforme se describe en esta autorización del paciente.

Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización del paciente después de haberla firmado y que permanecerá en vigor durante dos (2) años, a menos que la ley estatal exija un período menor. También comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento llamando al 1-844-588-3288 o mediante el envío por correo postal de una declaración por escrito y firmada de mi revocación a ViiVConnect, PO Box 5490, Louisville, KY 40255, pero que dicha revocación daría por terminada mi elegibilidad para participar en los programas de ViiVConnect. Si decido revocar la autorización, mi revocación entrará en vigencia una vez que ViiV reciba mi declaración de revocación; no obstante, ello no anulará los usos o divulgaciones de mi información personal realizados antes de dicha recepción. Entiendo que para obtener más información sobre la forma en que ViiV maneja la información personal, puedo consultar el aviso de privacidad de ViiV en <https://privacy.viivhealthcare.com/en-us/>.

! OBLIGATORIO

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente

Fecha

!

!

✎

!

Nombre del tutor legal (en letra de imprenta)

Firma del tutor legal

Relación con el paciente

Fecha

--	---	--	--

Acepto recibir correo postal y electrónico, llamadas automáticas y mensajes de texto de ViiVConnect o del Programa de Asistencia al Paciente de ViiV Healthcare, o en su nombre, a través de la información de contacto que he facilitado.

Las siguientes son las mejores formas para que ViiVConnect o el Programa de Asistencia al Paciente de ViiV Healthcare se comuniquen conmigo (marque todas las opciones que correspondan):

☐ Teléfono ☐ Mensaje de voz ☐ Mensaje de texto ☐ Correo postal ☐ Correo electrónico

La frecuencia de los mensajes puede variar. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. Puedo cancelar mi suscripción en cualquier momento mediante el envío de un mensaje de texto con la palabra "STOP" (DETENER). Entiendo que al inscribirme, ViiVConnect y el Programa de Asistencia al Paciente de ViiV Healthcare me enviarán información del programa por correo a la dirección que he facilitado y pueden enviarme mensajes de texto a fin de verificar la inscripción. ViiVConnect y el Programa de Asistencia al Paciente de ViiV Healthcare, en su defecto, harán todo lo posible por comunicarse conmigo según mis preferencias, que puedo modificar en cualquier momento posterior a la inscripción comunicándome con ViiVConnect o el Programa de Asistencia al Paciente de ViiV Healthcare.

Formulario de inscripción para obtener CABENUVA (cabotegravir; rilpivirine)

Nombre del paciente

Inicial del segundo nombre

Apellido del paciente

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Enumere todos los medicamentos actuales, medicamentos de venta libre y suplementos

Enumere todas las alergias medicamentosas conocidas

☐ Marque esta casilla si se adjunta la lista

☐ Marque esta casilla en caso de que no tenga

☐ Marque esta casilla en caso de que no tenga

3

Información sobre la receta de inyectables
(seleccione aquellos que se aplican cada 2 meses o una vez por mes)

SE REQUIERE UNA RECETA FIRMADA PARA EL CUMPLIMIENTO DEL PAP DE ViiV HEALTHCARE

Esta sección del formulario está pensada como un método adicional para recetar. Si por las leyes de su estado se prohíbe el uso de este formulario para recetar, o si este formulario no cumple con sus requisitos para recetas, adjunte una a este formulario. Es posible que los profesionales que prescriben recetas deban presentar una receta electrónica a la farmacia especializada.

Marque todas las opciones pertinentes:

Receta/pauta posológica	Medicamento	Cantidad	Resurtidos	Instrucciones
Dosificación cada 2 meses				
☐ Kit de 600 mg/900 mg de CABENUVA	Kit de 600 mg/900 mg: vial de dosis única de 600 mg de cabotegravir + vial de dosis única de 900 mg de rilpivirina	Un kit de dosificación	1 resurtido	Meses 1 y 2: 2 inyecciones intramusculares
☐ Kit de 600 mg/900 mg de CABENUVA	Kit de 600 mg/900 mg: vial de dosis única de 600 mg de cabotegravir + vial de dosis única de 900 mg de rilpivirina	Un kit de dosificación	☐ PRN tiene resurtidos por 1 año o N.º de resurtidos	A partir del mes 4: 2 inyecciones intramusculares, cada 2 meses
Dosificación mensual				
☐ Kit de 600 mg/900 mg de CABENUVA	Kit de 600 mg/900 mg: vial de dosis única de 600 mg de cabotegravir + vial de dosis única de 900 mg de rilpivirina	Un kit de dosificación	Ninguno	2 inyecciones intramusculares, una vez
☐ Kit de 400 mg/600 mg de CABENUVA*	Kit de 400 mg/600 mg: vial de dosis única de 400 mg de cabotegravir + vial de dosis única de 600 mg de rilpivirina	Un kit de dosificación	☐ PRN tiene resurtidos por 1 año o N.º de resurtidos	2 inyecciones intramusculares, cada mes

Solo para uso en pautas posológicas de una vez al mes.

OBLIGATORIO

Código de diagnóstico ICD-10:

☐ B20: Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

☐ Otro:

4

Información sobre la receta oral OPCIONAL

No es obligatorio para empezar CABENUVA

Complete esta sección solo si el paciente tomará la dosis inicial oral opcional con el fin de evaluar la tolerabilidad. Si por las leyes de su estado se prohíbe el uso de este formulario para recetar, o si este formulario no cumple con sus requisitos para recetas, adjunte una a este formulario. Es posible que los profesionales que prescriben recetas deban presentar una receta electrónica a la farmacia especializada.

Receta/pauta posológica	Medicamento	Cantidad	Resurtidos	Instrucciones
☐ Dosis oral inicial (dispensada solo por TheraCom)	Comprimido de 30 mg de cabotegravir	30 comprimidos	Ninguno	Tomar 1 comprimido por vía oral todos los días con una comida
	comprimido de 25 mg de rilpivirina	30 comprimidos	Ninguno	Tomar 1 comprimido por vía oral todos los días con una comida

Enviar los medicamentos orales a:

☐ Consultorio del prescriptor

☐ Domicilio del paciente

☐ Otro (complete a continuación)

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

5

Información del prescriptor

TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS

Nombre

Apellido

Nombre del consultorio

N.º de teléfono

N.º de fax

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

ID fiscal del prescriptor

N.º de licencia estatal del prescriptor

Dirección de correo electrónico del prescriptor

NPI del prescriptor

NPI del grupo

ID fiscal del centro

N.º de PTAN/UPIN

La información de contacto del consultorio es opcional

Nombre del contacto del consultorio

N.º de teléfono del contacto del consultorio

Declaración del prescriptor

OBLIGATORIO

Al firmar abajo, certifico que la información que brindé en este formulario de inscripción está completa y es precisa, a mi leal saber y entender. Autorizo a ViiVConnect o al Programa de Asistencia al Paciente de ViiV Healthcare¹ a actuar en mi nombre para los fines limitados de transmitir esta receta por cualquier medio permitido conforme a la ley vigente a la farmacia correspondiente designada por el paciente que utiliza su plan de beneficios. Certifico que he obtenido todos los consentimientos legales requeridos, incluidos, entre otros, los consentimientos del paciente correspondientes según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996 y todas las leyes de privacidad estatales aplicables, para facilitar la información personal y de salud del paciente a ViiVConnect y al Programa de Asistencia al Paciente de ViiV Healthcare a fin de verificar la cobertura del seguro, buscar asistencia financiera, coordinar la dispensación de la receta del paciente y para otros propósitos como se describe en la autorización del paciente que se muestra más arriba.

Firma del prescriptor (dispensar tal como se indica por escrito)

Firma del prescriptor (se permite la sustitución)

Fecha

☐ O BIEN

Nombre del médico que supervisa/colabora (en letra de imprenta, donde se solicite)

NPI del médico que colabora (en letra de imprenta, donde se solicite)

Formulario de inscripción para obtener CABENUVA (cabotegravir; rilpivirine)

6 Información sobre la adquisición de inyecciones

Mi consultorio adquirirá las inyecciones mediante los siguientes métodos:

☐ Buy & Bill

☐ Farmacia especializada (seleccione una)*

☐ No hay preferencia

☐ Accredo Health Group, Inc

☐ CenterWell Specialty Pharmacy

☐ Mail-Meds Clinical Pharmacy

☐ AHF Pharmacy

☐ Coordinated Care Network

☐ MediLink RxCare Specialty Pharmacy

☐ Avita Pharmacy

☐ Curant Health

☐ Optum/Genoa Specialty Pharmacy

☐ BioPlus Specialty Pharmacy

☐ CVS Specialty Pharmacy

☐ Walgreens Specialty Pharmacy (no del PAP)

☐ La receta se envió a la farmacia especializada de preferencia seleccionada arriba

*Se aprobará la farmacia especializada de preferencia que seleccionó si así lo permite el plan de seguro del paciente.

☐ Farmacia interna

☐ Centro de atención alternativo (ASOC) (proporcione la información del centro en la sección 7 a continuación)

7 Dónde se administrarán las inyecciones

Marque el sitio en el cual se le administrarán los inyectables al paciente:

☐ En mi consultorio

☐ En la siguiente ubicación o ASOC (complete a la derecha)

☐ Por determinar (si se selecciona esta opción, ViiVConnect o el Programa de Asistencia al Paciente de ViiV Healthcare¹ se comunicará con usted para obtener más detalles)

Nombre del centro		Nombre de contacto	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono	NPI del centro	ID fiscal	

8 Programa de Asistencia al Paciente (PAP) de ViiV Healthcare

1 Esta sección es obligatoria si presenta una solicitud para el PAP de ViiV Healthcare. Se debe adjuntar la receta al formulario.¹

Cantidad de personas que viven en el hogar y contribuyen con el ingreso total del hogar del paciente o que dependen de él Ingreso familiar total

1. ¿Cuál es el estado del paciente en el Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)? ☐ Activo ☐ Denegado ☐ En lista de espera ☐ Pendiente ☐ No solicitó/no elegible

2. ¿Está el paciente inscrito en un plan de Medicare? (incluye las partes A, B, D o los planes Advantage) ☐ Sí ☐ No

• En caso afirmativo, para ser elegible se necesita documentación donde se indique que el paciente pagó, al menos, \$600 para medicamentos recetados durante el año calendario actual. También debe estar incluido el N.º de ID de beneficio del miembro (MBI, Member Benefit ID).

N.º de MBI

3. ¿Está el paciente inscrito 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

4. ¿Tiene el paciente alguna cobertura privada para medicamentos recetados (incluidos planes patrocinados por el empleador, planes grupales privados, planes de mercado o intercambios, etc.)? ☐ Sí ☐ No

5. ¿Está el paciente inscrito en un programa de financiación alternativo? ☐ Sí ☐ No

• En caso afirmativo, los pacientes inscritos en un programa de financiación alternativo no son elegibles para recibir asistencia del PAP de ViiV Healthcare.

Autorizo a ViiV a obtener un informe del consumidor sobre mí. El informe del consumidor y la información derivada de fuentes públicas y de otro tipo se utilizarán para estimar mis ingresos como parte del proceso para decidir si soy elegible para recibir medicamentos gratuitos en el marco del Programa de Asistencia al Paciente de ViiV Healthcare. Comprendo que, previa solicitud, ViiV me proporcionará el nombre y la dirección de la agencia de informes del consumidor que proporcionó dicho informe.

¹El Programa de Asistencia al Paciente de ViiV Healthcare es gestionado por GSK Patient Access Programs Foundation, una organización independiente sin fines de lucro, sin relación con ViiV Healthcare.

²Para obtener más información sobre el Programa de Asistencia al Paciente de ViiV Healthcare, llame al 1-888-588-3288 o visite www.ViiVPAP.org.

Consulte la lista de verificación y las instrucciones para el envío en la página siguiente



Formulario de inscripción para obtener CABENUVA (cabotegravir; rilpivirine)

Lista de verificación

Antes de enviar este formulario, asegúrese de haber completado todos los pasos necesarios:



1. Certificación del personal del consultorio del prescriptor:

¿Ha completado la certificación del personal del consultorio del prescriptor?

→ Si la respuesta es **No**, firme y feche el formulario en la **página 1**.



2. Autorización del paciente:

¿Firmó y fechó el paciente el formulario?

→ Si la respuesta es **No**, pídale al paciente que firme en la **página 2** o **que escanee el código QR a continuación** para completar **mediante firma electrónica**.



3. Declaración del prescriptor:

Si está presentando una receta, ¿el prescriptor firmó y fechó el formulario?

→ Si la respuesta es **No**, firme la **Declaración del prescriptor** en la **sección 5** de la **página 3**.

Dos formas de enviar este formulario

Complete, firme y envíe de manera electrónica todas las páginas de este formulario y los documentos correspondientes aplicables (entre los que se incluyen la receta) mediante uno de los siguientes métodos:



Cargue el formulario en el portal de proveedores de servicios de salud (HCP) de ViiVConnect en ViiVConnectPortal.com



Envíe el formulario por fax a 1-844-208-7676 (línea gratuita)



Si necesita ayuda, llame al 1-844-588-3288 (llamada gratuita), de lunes a viernes de 8 A. M. a 8 P. M. (HORA DEL ESTE).