



Formulario de derivación de proveedores

Programa de asistencia con la profilaxis preexposición (PrEP-AP)

El cliente que aparece a continuación acaba de inscribirse en el PrEP-AP administrado por el Departamento de Salud Pública de California (CDPH). El cliente puede ser elegible para recibir asistencia del CDPH para los gastos médicos de bolsillo relacionados con la PrEP. **Los proveedores deben verificar la elegibilidad del cliente para el PrEP-AP antes de prestar los servicios. La elegibilidad de los clientes puede verificarse llamando al CDPH al 1-844-421-7050.**

Complete la sección de proveedores clínicos de este formulario y envíelo por fax al empleado encargado de la inscripción del cliente al número indicado a continuación.

Los servicios permitidos relacionados con la PrEP se limitan a códigos de facturación médica muy específicos que incluyen la asistencia en las evaluaciones clínicas para la elegibilidad de la PrEP como medida de prevención del VIH y la supervisión y evaluación continuas, tal como recomiendan la Guía de Práctica Clínica para la PrEP de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Consulte los [servicios médicos permitidos relacionados con la PrEP](#) y los [medicamentos administrados permitidos clínicamente relacionados con la PrEP](#) para encontrar una lista completa de los códigos ICD-10 y los códigos de facturación médica permitidos. Todas las reclamaciones deben incluir también uno o varios códigos ICD-10 que justifiquen que la visita al proveedor está relacionada con la PrEP.

Por ningún motivo cobre al cliente por los servicios relacionados con la PrEP. Para recibir el pago de los servicios permitidos relacionados con la PrEP, envíe la factura al gestor de prestaciones médicas del PrEP-AP, Pool Administrators, Inc. (PAI) y proporcione la documentación justificativa usando uno de los métodos indicados a continuación. PAI remitirá el pago en un plazo de 60 días a partir de la recepción de una reclamación válida.

1. Electrónicamente:
 - a. Para **clientes no asegurados, clientes con problemas de confidencialidad y clientes menores de edad (12-17 años)**, utilice el identificador de pagador PAI01
 - b. Para **clientes asegurados**, utilice el identificador de pagador PAI02
2. Correo postal: PAI-CDPH - 02, 628 Hebron Avenue, Suite 502, Glastonbury, CT 06033
3. Fax: 860-724-4599
4. Dirección de correo electrónico: CDPHPrEP@pooladmin.com

Para los clientes no asegurados, los clientes con problemas de confidencialidad y los clientes menores de edad, el PrEP-AP cubrirá el costo total de los servicios relacionados con la PrEP. Para los clientes asegurados, el PrEP-AP cubrirá los copagos, el coseguro y los deducibles de los servicios relacionados con la PrEP una vez que se haya facturado al seguro principal.



Empleado de inscripción complete lo siguiente:

Marque aquí si el cliente ya está inscripto en un programa de asistencia farmacéutica y no necesita una evaluación clínica para derivarlo al PrEP

Nombre del cliente: _____ **Número de identificación de PrEP-AP (opcional):** _____

Nombre del empleado de inscripción: _____ **Teléfono:** _____

Correo electrónico: _____ **Fax:** _____

Nombre y dirección de la agencia a la cual fue derivado el cliente: _____

Tipos de cliente:

No asegurado:

El cliente *debe* inscribirse en un programa de asistencia a pacientes para cubrir los medicamentos de la PrEP.

Asegurado:

Es *posible* que el cliente tenga que inscribirse en un programa de asistencia para copagos si el seguro no cubre el costo total de los medicamentos de la PrEP.

Problemas de confidencialidad*:

El cliente no necesita inscribirse en ningún programa de asistencia farmacéutica

Menor de edad (12-17 años):

El cliente no necesita inscribirse en ningún programa de asistencia farmacéutica

Los clientes asegurados deben acudir a un proveedor de la red de su plan de salud. Los clientes no asegurados, los clientes con problemas de confidencialidad y los clientes menores de edad deben visitar a un [proveedor clínico del PrEP-AP](#).

*El cliente tiene seguro a través de uno de sus padres, cónyuge o pareja de hecho registrada, pero no puede usar su seguro por motivos de confidencialidad.

Programa de asistencia farmacéutica:

El cliente no necesita inscribirse en un programa de asistencia farmacéutica

El cliente necesita inscribirse en el siguiente programa de asistencia farmacéutica

Programa de apoyo a pacientes Advancing Access® de Gilead (cubre totalmente Truvada® y Descovy®)

Programa de ayuda para el copago Advancing Access® de Gilead (cubre los copagos de Truvada® y Descovy®)

Ready, Set, PrEP (cubre totalmente Truvada® y Descovy®)

Programa de asistencia al paciente ViiVConnect® (cubre totalmente Apretude®)

Programa de ayuda para el copago ViiVConnect® (cubre los copagos de Apretude®)

Otros: _____



El proveedor clínico debe completar lo siguiente:

Nombre del proveedor: _____ **Número de NPI:** _____

El cliente es **VIH negativo** y clínicamente elegible para la PrEP y se le recetará:

Truvada® TDF/FTC genéricos Descovy® Apretude® Otro: _____

Solo para clientes VIH negativos, envíe este formulario por fax al empleado de inscripciones identificado más arriba y complete y devuelva todos los documentos de solicitud del programa de asistencia farmacéutica que le proporcione el empleado de inscripciones (es posible que algunas solicitudes deban completarse en línea).

El cliente es **VIH positivo** y no es elegible para la PrEP (complete los siguientes pasos)

1. Por favor, inicie la terapia antirretroviral rápida de acuerdo con la política descripta en el [Documento de Política de la Red de Proveedores del PrEP-AP 2019-02: Inicio de la terapia antirretroviral rápida debido a la seroconversión](#), o derive al cliente a otro proveedor de atención clínica, idealmente con una cita el mismo día.

2. Indique aquí qué tratamiento antirretroviral rápido se utilizará, si corresponde:

Bictegravir/emtricitabina/tenofovir alafenamida (Biktarvy®)

combinación de dosis fija 1 comprimido una vez al día - *Tratamiento preferido*

Dolutegravir (Tivicay®) 50 mg una vez al día + tenofovir alafenamida/emtricitabina (Descovy®)

1 comprimido una vez al día - *Tratamiento preferido*

Darunavir/cobicistat/emtricitabina/tenofovir alafenamida (Symtuza®)

combinación de dosis fija 1 comprimido una vez al día

Raltegravir (Isentress® HD) 1200 mg (dos comprimidos) una vez al día + tenofovir

alafenamida/emtricitabina

(Descovy®) 1 comprimido una vez al día (raltegravir también puede dosificarse a 400 mg dos veces al día)

Otro (especifique el tratamiento y la dosis): _____

3. Proporcione al cliente este formulario y un [formulario de diagnóstico](#) completo para facilitar la inscripción del cliente en el Programa de Asistencia Farmacéutica contra el SIDA (ADAP).

4. Derive al cliente a un centro de inscripción del ADAP usando la [herramienta de localización de centros del ADAP](#).

Firma del proveedor clínico:

Firma: _____ **Fecha:** _____