



Massachusetts HIV Non-Occupational Post Exposure Prophylaxis (nPEP) Program

Application and Pharmacy Reimbursement Form

nPEP Site/Institution Name (Hospital or Health Care Center *(Please print below)*):

PLEASE HAVE THE CLIENT FILL OUT THE FOLLOWING:

NAME: _____

ADDRESS: _____

DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy): _____/_____/_____

GENDER IDENTITY: Male Female Other _____

RACE/ETHNICITY: American Indian or Alaskan Native Asian or Pacific Islander
 White, not Hispanic Hispanic Black, not Hispanic
 Other: _____

PLEASE HAVE THE PHARMACY FILL OUT THE FOLLOWING:

PHARMACY INFORMATION: _____

Pharmacy Name

Address

Pharmacist Name: _____

Telephone Number: (____) _____

Federal Tax ID # _____

Prescribing Clinician: _____ MA License #: _____

Number of Days Prescription Written For: _____



BILLING INFORMATION

PRESCRIPTION FILLED	DATE	QTY	UNIT PRICE	TOTAL PRICE

PLEASE ATTACH A COPY OF THE PRESCRIPTION TO THIS FORM

This reimbursement form will be honored only for HIV antiretroviral prophylaxis for patients who lack prescription coverage for these medications.

NOTE: Please have patient sign the attached Confidentiality and Consent statement

CONFIDENTIALITY AND CONSENT STATEMENT

The Massachusetts Department of Public Health (MDPH) requires the reporting of certain non-identifying aggregate information regarding individuals who obtain medication under the Post Exposure Prophylaxis (nPEP) Program. The nPEP Program will not report names or any other form of personal identifiers to MDPH.

The information you provide to the MDPH will be kept strictly confidential. MDPH will not release any information to any persons or agencies.

By signing below, you certify, under pains and penalties of perjury, that the information on the application is correct and complete to the best of your knowledge. You give consent for the nPEP Program to contact the physician listed on this application to confirm the information given.

By signing below:

I affirm that I am a Massachusetts resident, and that I do not have insurance or other means to cover the cost of medications.

I also give consent to the nPEP Program staff to contact a pharmacy to tell them of my eligibility to enable me to obtain appropriate medications as prescribed.

Print Name

If guardian, please indicate relation to applicant

Signature

Date

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO Y CONFIDENCIALIDAD

El Departamento de Salud Pública de Massachussets (MDPH por sus siglas en inglés) hace mandatario que se reporte cierta información respecto a las personas que obtienen medicamento bajo el proyecto de Profilaxis Post Expositoria (nPEP por sus siglas en ingles). El nPEP no reportará ni nombres ni ningún otra forma de identificación personal al MDPH

La información que usted proporcione al MDPH será mantenida en forma estrictamente confidencial. MDPH no revelará ninguna información a ninguna persona o agencia.

Al firmar abajo, usted certifica, bajo pena y castigo por perjurio que la información en la aplicación es correcta y completa de acuerdo a lo mejor de su conocimiento. Usted da el consentimiento al proyecto nPEP para contactar al médico indicado en esta aplicación para comprobar la información proporcionada.

Al firmar abajo:

Afirmo que no tengo seguro u otros para cubrir medicamentos.

También doy el consentimiento al personal del proyecto nPEP para contactar una farmacia y dejarles saber de mi elegibilidad para obtener los medicamentos apropiados tal y como fueron prescritos.

Nombre en letra de molde

Si tiene la custodia, por favor indique su relación con el aplicante.

Firma

Fecha

For payment of these medications, please mail completed nPEP form to:

**AccessHealth MA
Massachusetts nPEP Program
529 Main Street, Suite 301
Boston, MA 02129**