



**COMMUNITY  
RESOURCE  
INITIATIVE**

## **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

¾ **For payment of these medications, please mail completed nPEP form to:**

**Community Resource Initiative  
Massachusetts nPEP Program  
529 Main Street, Suite 301  
Boston, MA 02129**