

**HOJA INFORMATIVA: Programa de Asistencia de Medicamentos Contra el SIDA  
(Programa de Medicamentos Contra el VIH) de Carolina del Norte, (ADAP)  
Subdivisión de Enfermedades Contagiosas - División de Salud Pública, Departamento de Salud y Servicios  
Humanos de Carolina del Norte**

***¿De qué se trata el programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA de Carolina del Norte (ADAP)?***

El Programa de Asistencia de Medicamentos Contra el SIDA de Carolina del Norte (ADAP, por sus siglas en inglés), también conocido como Programa de medicamentos contra el VIH, utiliza una combinación de fondos federales y estatales con el fin de proporcionar asistencia a residentes de bajos ingresos del estado para que obtengan los medicamentos esenciales para combatir el VIH/SIDA y las infecciones oportunistas que con frecuencia acompañan a la enfermedad. El Programa compra los medicamentos al por mayor a un mayorista farmacéutico, y una farmacia central despacha y envía las medicinas de cada cliente a la dirección designada del cliente.

***¿Quién es elegible para participar en el Programa?***

Para que una persona tenga derecho a recibir medicamentos mediante el ADAP debe:

- Ser VIH+ (ser portador del VIH o tener SIDA).
- Vivir en Carolina del Norte.
- Tener un ingreso familiar bruto menor del 300% del nivel de pobreza federal (consulte la parte posterior de esta página cual es el nivel de pobreza federal actual para familias de diversos tamaños).
- No contar con ninguna otra cobertura de seguro de salud (por ejemplo, seguro privado, Medicaid o Medicare) que le permita obtener sus medicamentos.
- Tener recetas médicas que incluyan medicamentos que sean parte del formulario de ADAP (lista de medicamentos que el Programa pagará) (Los medicamentos que provee este programa se limitan a aquellos relacionados específicamente con el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de VIH/SIDA; consulte la parte posterior de esta página para obtener el formulario de ADAP actual).

\*Puede haber algunas circunstancias en las que se considerarán excepciones; para tal efecto, comuníquese con el Programa ADAP (vea a continuación).

***¿Cómo puede alguien solicitar e ingresar al Programa?***

Una persona que desee solicitar cobertura del ADAP debe discutirlo con su médico o con la persona en la oficina encargada de cobros del seguro médico, con su administrador de caso de VIH, o con un representante de uno de los consorcios de atención del VIH de Carolina del Norte, en cualquier departamento de salud pública de su localidad, o en una organización o agencia que preste servicios contra el SIDA. El solicitante, con la ayuda de estas personas, llenará dos formularios, uno para establecer si la persona reúne los requisitos financieros exigidos por el Programa y el otro para documentar su condición como VIH positivo, la necesidad de recibir los medicamentos que se proporcionan en el Programa, y una dirección en donde pueda recibir correo y los medicamentos. Estos dos formularios se envían a la Oficina de Compra de Servicios de Atención Médica para tomar una decisión final de elegibilidad. La persona y su "administrador de caso" recibirán una notificación por correo si el solicitante es elegible y si fue inscrito en el programa. La información de las recetas médicas puede ser capturada en el formulario de inscripción de la farmacia central y ser enviada por fax a la farmacia central o la receta médica misma puede ser enviada por correo a la farmacia central.

Estas tres formas, junto con el proveedor de POMCS / y el manual de instrucciones en inglés se pueden encontrar y descargar en:

<http://www.epi.state.nc.us/epi/hiv/adap.html>

***¿Hay algún costo para la persona?***

No hay ningún costo para la persona cubierta por el Programa referente a los medicamentos incluidos en el formulario. La persona es responsable del costo de otros medicamentos que reciba y que no estén cubiertos por el Programa.

***¿Cómo obtiene una persona más información sobre el Programa de medicamentos contra el VIH?***

Para obtener más información sobre el Programa de medicamentos contra el VIH, consulte la dirección de Internet:

<http://www.epi.state.nc.us/epi/hiv/adap.html>, o bien, puede comunicarse gratuitamente con: CARE-LINE, Línea de Información y Referencia al: 1-800-662-7030

Tamaño de la familia/Nivel de Pobreza Federal de acuerdo a ingreso bruto anual (\$)								
Vigente a partir de julio 1 de 2009								
	1	2	3	4	5	6	7	8
100%	10830	14570	18310	22050	25790	29530	33270	37010
125%	13538	18213	22888	27563	32238	36913	41588	46263
150%	16245	21855	27465	33075	38685	44295	49905	55515
<b>300%</b>	<b>32490</b>	<b>43710</b>	<b>54930</b>	<b>66150</b>	<b>77370</b>	<b>88590</b>	<b>99810</b>	<b>111030</b>

Nota: A partir del 1 de octubre de 2008, la elegibilidad financiera del ADAP de Carolina del Norte es un ingreso bruto igual a, o menos de, 300% del FPL.

**PROGRAMA ADAP/MEDICAMENTOS CONTRA EL VIH**  
**Listado de medicamentos cubiertos**  
**Vigente a partir de julio 1 de 2009**

**Antirretrovirales:** (Aprobados por FDA)

Amprenavir – <i>Agenerase</i>	Darunavir – <i>Prezista</i>
Tipranavir – <i>Aptivus</i>	Delavirdine – <i>Rescriptor</i>
Efavirenz, Emtricitabine, Tenofovir – <i>Atripla</i>	Zidovudine (AZT) – <i>Retrovir</i>
Zidovudine and lamivudine – <i>Combivir</i>	Atazanavir – <i>Reyataz</i>
Indinavir – <i>Crixivan</i>	Maraviroc – <i>Selzentry</i> *
Emtricitabine – <i>Emtriva</i>	Efavirenz – <i>Sustiva</i>
Lamivudine (3TC) – <i>Epivir</i>	Zidovudine, Lamivudine and Abacavir – <i>Trizivir</i>
Abacavir and Lamivudine – <i>Epzicom</i>	Tenofovir and Emtricitabine – <i>Truvada</i>
Etravirine – <i>Intelence</i>	Didanosine (ddI) – <i>Videx</i>
Enfuvirtide – <i>Fuzeon</i> *	Nelfinavir – <i>Viracept</i>
Saquinavir – <i>Invirase</i>	Nevirapine – <i>Viramune</i>
Raltegravir – <i>Isentress</i>	Tenofovir – <i>Viread</i>
Lopinavir/Ritonavir – <i>Kaletra</i>	Stavudine (d4T) – <i>Zerit</i>
Fosamprenavir – <i>Lexiva</i>	Abacavir – <i>Ziagen</i>
Ritonavir – <i>Norvir</i>	

\* Para recibir Fuzeon y Selzentry se requiere presentar una solicitud adicional que incluye criterios especiales de elegibilidad e idoneidad médica.

**Otros medicamentos\*\*:**

<b>Acyclovir</b> – Zovirax	<b>Fluconazole</b> – Diflucan	<b>Pancrelipase</b> – Pancrease, Ultrase, Creon
<b>Amitriptyline</b> – Elavil	<b>Ganciclovir</b> – Cytovene	<b>Paromomycin</b> – Humatin
<b>Atovaquone</b> – Mepron	<b>Hydroxyurea</b> – Hydrea	<b>Pentamidine</b> – NebuPent, Pentam
<b>Azithromycin</b> – Zithromax	<b>Itraconazole</b> – Sporanox	<b>Primaquine</b> – Primaquine
<b>Ciprofloxacin</b> – Cipro	<b>Ketoconazole</b> – Nizoral	<b>Prochlorperazine</b> – Compazine
<b>Clarithromycin</b> – Biaxin	<b>Lansoprazole</b> – Prevacid	<b>Promethazine</b> – Phenergan
<b>Clindamycin</b> – Cleocin	<b>Leucovorin</b> – Wellcovorin	<b>Pyrimethamine</b> – Daraprim
<b>Dapsone (DDS)</b> – Dapsone	<b>Loperamide</b> – Imodium	<b>Rifabutin</b> – Mycobutin
<b>Diphenoxylate w/atropine</b> – Lomotil	<b>Nortriptyline</b> – Aventyl, Pamelor	<b>Sulfadiazine</b>
<b>Ethambutol</b> – Myambutol	<b>Nystatin</b> – Mycostatin, Nilstat	<b>Sulfamethoxazole/trimethoprim (smx/tmp; tmp-smx)</b> – Bactrim, Septra, Cotrim, Sulfatrim
<b>Famciclovir</b> – Famvir	<b>Omeprazole</b> – Prilosec	<b>Valacyclovir</b> – Valtrex
	<b>Ondansetron hydrochloride</b> – Zofran	<b>Valganciclovir</b> – Valcyte

\*\* **Notas:** (1) Si están disponibles, se despachan medicamentos genéricos a menos que la receta médica sea escrita en el nombre comercial del medicamento; (2) los nombres comerciales incluidos en el cuadro son sólo ejemplos de productos disponibles, y ninguno es recomendado ni exigido por el Programa.

Las decisiones sobre los medicamentos que se incluyen en el formulario del Programa las toma un Comité Asesor de Medicamentos/Clinicas para VIH. Los miembros de este Comité (Médicos, administradores de caso, administradores de programa del VIH, consumidores y otros) colaboran con su experiencia y opiniones principalmente sobre temas relacionados con la eficacia e importancia de medicamentos nuevos. También brindan asesoría sobre actividades relacionadas con el funcionamiento y efectividad del Programa. Sus opiniones y las mejores ideas sobre estos temas se toman en cuenta dependiendo del estado presupuestario, regulaciones y políticas prioritarias del Programa. Aunque las decisiones finales en relación con todos estos asuntos dependen de la agencia Estatal responsable de administrar el Programa, (es decir, la Oficina de Prevención y Atención del VIH/ETS de la División de Salud Pública, Departamento de Salud y Servicios Humanos), el Comité Asesor juega un papel importante en asegurar que las experiencias basadas en situaciones reales y los conocimientos se incorporen en las decisiones tomadas por y en el funcionamiento del Programa.

**LISTADO DE MEDICAMENTOS CATEGORIA 2 CUBIERTOS POR EL PROGRAMA ADAP DE CAROLINA DEL NORTE - EN VIGENCIA DESDE AGOSTO 1 DEL 2009.**

<b>NOMBRE GENERICO (Inglés) *</b>	<b>NOMBRE COMERCIAL</b>
<b>Antidepresivos</b>	
Bupropion	<i>Wellbutrin</i>
Citalopram	<i>Celexa</i>
Doxepin	<i>Sinequan</i>
Fluoxetine	<i>Prozac</i>
Mirtazapine	<i>Remeron</i>
Paroxetine	<i>Paxil</i>
Sertraline	<i>Zoloft</i>
Venlafaxine	<i>Effexor</i>
<b>Antilipidémicos</b>	
Gemfibrozil	<i>Lopid</i>
Pravastatin	<i>Pravachol</i>
<b>Antihipertensivos</b>	
Amlodipine	<i>Norvasc</i>
Atenolol	<i>Tenormin</i>
Benazepril	<i>Lotensin</i>
Clonidine	<i>Catapres</i>
Enalapril	<i>Vasotec</i>
HCTZ	<i>HCTZ</i>
Lisinopril	<i>Zestril, Prinivil</i>
Metoprolol	<i>Lopressor, Toprol</i>
Verapamil	<i>Calan, Isoptin</i>
<b>Antidiabéticos</b>	
Glimepiride	<i>Amaryl</i>
Glipizide	<i>Glucotrol</i>
Metformin	<i>Glucophage</i>
Glyburide	<i>Diabeta, Micronase</i>
Diabetic Test Strips	<i>Wavesense Presto and Keynote; Trueread, Truetest, Truetrack ++</i>
<b>Estimulantes del Apetito</b>	
Megestrol	<i>Megace</i>
<b>Medicamentos Adicionales - Nausea</b>	
Metoclopramide	<i>Reglan</i>
<b>Antimicrovirales</b>	
Amoxicillin	<i>Amoxil</i>

Doxycycline hyclate	<i>Doryx, Vibramycin, Vibra-Tabs</i>
Penicillin VK	<i>Veetids, V-Cillin-K</i>
Cephalexin	<i>Kelfex</i>
Isoniazid, INH	<i>Nydrazid</i>
Metronidazole	<i>Flagyl</i>
Clotrimazole Troches	<i>Mycelex Troches</i>
<b>Neuropatía</b>	
Gabapentin	<i>Neurontin</i>
Carbamazepine	<i>Tegretol, Carbatrol</i>

<b>Antiepilépticos</b>	
Carbamazepine	<i>Tegretol, Carbatrol</i>
Phenobarbital	<i>Luminal</i>
Phenytoin	<i>Dilantin</i>
Valproic Acid	<i>Depakote</i>
<b>Otros</b>	
Prednisone	<i>Prednisone</i>

**Notes:**

\* Sólo los medicamentos genéricos de esta lista se dispensarán para cualquier medicina de la Categoría 2. Los nombres comerciales que se encuentran en la lista de la derecha, se incluyen sólo a manera de ejemplo de los medicamentos listados en la columna de la izquierda.

Estos medicamentos de la Categoría 2 pueden eventualmente ser retirados de esta lista si el programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA de Carolina del Norte (ADAP) enfrentase dificultades financieras.

**LISTADO DE MEDICAMENTOS CATEGORIA 3 CUBIERTOS POR EL PROGRAMA ADAP DE CAROLINA DEL NORTE - EN VIGENCIA DESDE AGOSTO 1 DE 2009.**

<b>NOMBRE GENERICO</b>	<b>NOMBRE COMERCIAL</b>
<b>Tratamiento de la Hepatitis C *</b>	
Ribavirin	<i>Ribavirin (generic), Copegus, Rebetol, Ribapak</i>
Peginterferon Alfa-2a	<i>Pegasys</i>
Peginterferon Alfa-2b	<i>PegIntron</i>
Interferon Alfa-2a	<i>Intron A</i>
Interferon Alfacon-1	<i>Infergen</i>
<b>Tratamiento de la Hepatitis B *</b>	
Adedefovir	<i>Hepsera</i>
Entecavir	<i>Baraclude</i>
<b>Estimulantes de la Médula Ósea *</b>	
Erythropoetin	<i>Epogen, Procrit</i>
Filgrastim	<i>Neupogen</i>
<b>Neuropatías</b>	
Pregabalin	<i>Lyrica</i>
<b>Antivirales</b>	
Oseltamivir	<i>Tamiflu</i>
Zanamivir	<i>Relenza</i>
<b>Antidiabéticos *</b>	
Insulin	<i>Novolog 70/30, Novolin 70/30, Humulin 70/30, Humalog 75/25</i>
Insulin Syringes	<i>Humulin (Regular, NPH, 50/50)</i>
Diabetic Test Strips	<i>Wavesense Presto and Keynote; Trueread, Truetest, Truetrack ++</i>
<b>Vacunas **</b>	
Hepatitis A	<i>Havrix</i>
Hepatitis B	<i>Engerix B, Recombivax</i>
Hepatitis A and B	<i>Twinrix</i>
Pneumococcal	<i>Prennar, Pneumovax</i>
Flu Vaccine	<i>Fluzone</i>
<b>Antiinfecciosos</b>	
Moxifloxacin	<i>Avelox B</i>
Minocycline	<i>Minocin, Dynacin</i>
Rifampin	<i>Rifadin, Rimactane</i>
Penicillin G benzathine **	<i>Bicillin LA</i>
Imiquimod	<i>Aldara</i>
<b>Antidepresivos</b>	
Escitalopram	<i>Lexapro</i>
<b>Estimulantes del Apetito</b>	
Dronabinol	<i>Marinol</i>

**NOTES:**

<b>Pérdida de Masa Muscular por SIDA</b>	
Testosterone	<i>Androgel, Testim, Androderm</i>
<b>Para Dejar de Fumar</b>	
Verenicline	<i>Chantix B</i>
Nicotine	<i>Nicoderm, Nicorette, Commit Lozenge, Nicotine Gum (generic)</i>
<b>Antilipidémicos</b>	
Ezetimibe	<i>Zetia</i>
Fenofibrate	<i>Tricor, Lofibra</i>
Rosuvastatin	<i>Crestor</i>
Atorvastatin	<i>Lipitor</i>

\* Todos los medicamentos inyectables que necesiten varias dosis ya sea por días, semanas, o meses; serán inicialmente enviados a la oficina del médico que los formula; a no ser que el paciente haya recibido el medicamento previamente y/o completado el entrenamiento requerido. El médico será responsable de que el cliente reciba la educación y entrenamiento requerido acerca de cómo aplicarse las inyecciones, ser capaz de detectar algún problema en el sitio de inyección, y descartar el material utilizado incluyendo agujas y jeringas.

\*\* Todas las vacunas y medicamentos inyectable de una sola dosis serán enviados a la oficina del médico formularte para ser administrado a los pacientes.

Los medicamentos de la Categoría 3 pueden eventualmente ser retirados de ésta lista si el programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA de Carolina del Norte (ADAP) enfrentase dificultades financieras. Se ha incluido algunas medicamentos de marca comercial para puede no ser inclusivos.