

CONTRATO DEL PROGRAMA VACUNAS PARA NIÑOS (VFC)



I. Provider Profile Form

Todos los Proveedores participando en el Programa VFC deben completar este formulario anualmente o más frecuentemente si hay cambios en el número de niños servidos o el estado de los cambios durante el año.

Fecha: ___/___/___

Número de Identificación del Proveedor (PIN#) _____

INFORMACION DE LA CLINICA		
Nombre del Proveedor:		
Nombre de la Clínica:		
Dirección donde se Entregan las Vacunas:		
Ciudad:	Estado:	Zip:
Teléfono:	Email:	
TIPO DE FACILIDAD (seleccione el tipo de facilidad)		
Clínicas Privadas	Clínicas Públicas	
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Solo/Grupo/HMO <input type="checkbox"/> Solo/Grupo como agente para FQHC/RHC (330) <input type="checkbox"/> Clínica Especial de Vacunas <input type="checkbox"/> Centro Comunitario de Salud <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Hospital Privado Recién Nacidos <input type="checkbox"/> Clínica Base Escolar <input type="checkbox"/> Centro de Salud para Jóvenes <input type="checkbox"/> Proveedor de Adolescentes Otro: _____	<input type="checkbox"/> Clínica Dept. de Salud <input type="checkbox"/> Clínica Dept. de Salud como agente para FQHC/RHC <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> FQHC/RHC (Comunitario/Migrante /Rural) <input type="checkbox"/> Centro Comunitario de Salud <input type="checkbox"/> Tribal/ Clínica de Salud Indígena <input type="checkbox"/> Clínica s Especiales (ej., flu) <input type="checkbox"/> Clínica de Mujeres, Infantes y Niños (WIC) <input type="checkbox"/> Clínicas STD/HIV <input type="checkbox"/> Servicios Planificación Familiar <input type="checkbox"/> Centro de Detención Juvenil <input type="checkbox"/> Facilidad Correccional <input type="checkbox"/> Facilidad Salud Migratoria <input type="checkbox"/> Clínica de Salud a Refugiados <input type="checkbox"/> Clínica Escolar <input type="checkbox"/> Centro de Salud para Jóvenes <input type="checkbox"/> Proveedor de Adolescentes Otro: _____	
VACUNAS OFRECIDAS (seleccione solo una)		
<input type="checkbox"/> Todas las Vacunas Recomendadas por el ACIP para niños de 0 a 18 años de edad. <input type="checkbox"/> Ofrece Vacunas Seleccionadas (esta opción sólo está disponible para las clínicas designadas como <u>Proveedores de Especialidad</u> por el Programa VFC).		
<p>"Proveedor de Especialidad" se define como un proveedor que solo sirve (1) una población definida debido a la especialidad de la práctica (ej., Clínicas de OB/GYN; STD; Planificación Familiar) o (2) un grupo de edad específico dentro de la población general de niños 0-18 años de edad. Los Pediatras y los Departamentos de Salud no son considerados Proveedores de Especialidad. El Programa VFC tiene la autoridad para designar a los Proveedores de VFC como Proveedores de Especialidad. A la discreción del Programa VFC, Proveedores registrados como vacunadores masivos y las farmacias pueden ofrecer sólo la vacuna contra la influenza.</p>		
Seleccione las Vacunas Ofrecidas por el Proveedor de Especialidad:		
<input type="radio"/> DTaP <input type="radio"/> Hepatitis A <input type="radio"/> Hepatitis B <input type="radio"/> HIB <input type="radio"/> HPV <input type="radio"/> Influenza	<input type="radio"/> Meningitis Conjugada <input type="radio"/> MMR <input type="radio"/> Neumocócica Conjugada <input type="radio"/> Neumocócica Polisacárida <input type="radio"/> Polio <input type="radio"/> Rotavirus	<input type="radio"/> TD <input type="radio"/> Tdap <input type="radio"/> Varicella <input type="radio"/> Otra, especifique: _____

CONTRATO DEL PROGRAMA VACUNAS PARA NIÑOS (VFC)



POBLACION DEL PROVEEDOR				
La población de Proveedor está basada en los pacientes atendidos durante los últimos 12 meses. Informe del número de niños que recibieron vacunas en su clínica, por grupo de edad. Cuente el niño solamente una vez, basado en el estado de la última visita de vacunación, independientemente del número de visitas realizadas. La siguiente tabla documenta, por categoría, cuántos niños recibieron vacunas VFC y cuántos recibieron vacunas no-VFC.				
Categorías de Elegibilidad de Vacuna VFC	# de niños que recibieron la Vacuna VFC por Categoría de Edad			
	<1 Año	1-6 Años	7-18 Años	Total
Participantes de Medicaid				
No Tienen Seguro Médico				
Indio Americano/Nativo de Alaska				
Seguro que no Cubre Vacunas en FQHC o Centros 330 ¹				
Total VFC:				
No-VFC Categoría de Elegibilidad de Vacunas	# de niños que recibieron la Vacuna no-VFC por Categoría de Edad			
	<1 Año	1-6 Años	7-18 Años	Total
Asegurado (pago privado/seguro médico cubre las vacunas)				
Total No-VFC:				
Total Pacientes (debe ser igual a la suma Total de VFC + Total No-VFC)				
<p>¹Seguro de Salud que no cubre vacunas incluye a los niños con seguro médico que no cubre las vacunas o sólo cubre los tipos específicos de la vacuna. Los niños sólo son elegibles para las vacunas que no están cubiertas por el seguro.</p> <p>Además, para recibir la vacuna VFC, los niños que no tienen suficiente seguro deben estar vacunados a través de un Centro Federalmente Cualificado (FQHC) o Centros 330.</p>				
TIPO DE DATOS UTILIZADOS PARA DETERMINAR LA POBLACION DEL PROVEEDOR: (Seleccione todas las que apliquen)				
<input type="radio"/> Evaluación Comparativa <input type="radio"/> Data de Medicaid <input type="radio"/> IIS <input type="radio"/> Otro (debe describir): _____	<input type="radio"/> Dosis Administradas <input type="radio"/> Datos de Visitas del Proveedor <input type="radio"/> Sistema de Facturación			

CONTRATO DEL PROGRAMA VACUNAS PARA NIÑOS (VFC)



II. Provider Agreement

INFORMACION DE LA CLINICA		
Nombre de la Clínica	Nombre de Persona Contacto	VFC PIN
Dirección Física para la entrega de vacunas	Ciudad	Zip Code
Dirección Postal (donde recibe correspondencia)	Ciudad	Zip Code
Número Asignado por la Reforma (NIP)	Teléfono	Fax
DIRECTOR MEDICO O REPRESENTANTE		
<p>Instrucciones: El médico oficial firmando el Contrato VFC debe ser un profesional con licencia para administrar vacunas pediátricas bajo la ley estatal, y también será responsable para el cumplimiento de toda la organización y sus Proveedores de VFC con las condiciones señaladas en el Contrato del Proveedor. Esta persona debe de firmar el Contrato de Proveedor.</p>		
Nombre, Apellidos	Título	Especialidad
Número de Licencia	Número de Medicaid o NPI	
COORDINADOR DE VACUNAS VFC		
Nombre del Coordinador(a) (para la entrega de vacunas)	Teléfono	E-mail
Completó Entrenamiento Anual <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tipo de Entrenamiento Recibido:	
Nombre del Coordinador(a) Suplente	Teléfono	E-mail
Completó Entrenamiento Anual <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tipo de Entrenamiento Recibido:	

CONTRATO DEL PROGRAMA VACUNAS PARA NIÑOS (VFC)



CONTRATO

Para recibir vacunas financiadas con fondos públicos sin costo alguno, estoy de acuerdo con las siguientes condiciones, en mi nombre y todos los médicos, enfermeras, y otros asociados en la clínica del cual soy el Director Médico o el Representante:

1.	Yo someteré anualmente una copia del Contrato del Programa de Vacunas para Niños (VFC) con un perfil que representa las poblaciones atendidas por mi clínica. Lo someteré con más frecuencia si; 1) si hay cambios en el número de niños servidos o; 2) hubieron cambios en la categoría de la clínica durante el año calendario.
2.	<p>A. Evaluaré a los pacientes y les administraré las vacunas del Programa VFC <u>sólo a los pacientes de 0 a 18 años</u> que cualifiquen bajo una o más de los siguientes categorías:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Son participantes del Plan de Salud del Gobierno (elegibles al Medicaid)b. No tienen seguro médicoc. Tienen seguro médico privado que no cubre la(s) vacuna(s) por lo que debe ser referido a los Centros de Salud Cualificado Federal (FQHC) / Centros 330 para recibir los servicios.d. Si es Indio Americano o Nativo de Alaska <p>B. Los niños elegibles para la Vacuna del Estado</p> <ul style="list-style-type: none">1. Además, en la medida en que mi Estado señale categorías adicionales para los niños "elegibles a vacunas del estado", yo haré una proyección para tal elegibilidad, enumerada en el anejo, al presente acuerdo y administraré dosis financiadas por el Estado (incluyendo dosis de los fondos 317) a esos niños. <p>Los niños de 0 a 18 años que no cumplen con uno o más de las categorías de elegibilidad de vacunas federales (elegible por VFC), no son elegibles para recibir las vacunas de VFC.</p>
3.	<p>Administraré las vacunas del Programa VFC a los niños con la edad requerida para recibir cada vacuna: siguiendo las recomendaciones establecidas por el Departamento de Salud de Puerto Rico y por el Comité Asesor para las Prácticas de Vacunación (ACIP) a menos que:</p> <ul style="list-style-type: none">a) A mi juicio médico y de acuerdo a las prácticas médicas vigentes, determine médicamente inapropiado.b) El requerimiento de ley del Estado concerniente a la religión u otra exención.

CONTRATO DEL PROGRAMA VACUNAS PARA NIÑOS (VFC)



4.	Mantendré todos los documentos relacionados al Programa VFC por un mínimo de 3 años, o más si es requerido por la ley estatal, y a petición que estos registros estén disponibles para revisión. Los informes de VFC incluyen, pero no están limitados a, los siguientes documentos: documentación de análisis de elegibilidad, registros de facturación, expedientes médicos que verifiquen el recibo de las vacunas, factura de vacunas ordenadas y/o administradas, comprobante de facturación, recibos de compras de vacunas y de contabilidad
5.	Administraré las vacunas solo a los niños elegibles al Programa VFC y no cobraré al paciente por el costo de las vacunas según los requisitos federales establecidos.
6.	No impondré cargos por la administración de las vacunas, a los pacientes no participantes del Plan del Gobierno, más alto que el establecido por el Departamento de Salud de Puerto Rico de \$10.00 por visita, no por vacuna . Para los pacientes participantes al Plan de Salud del Gobierno (elegibles al Medicaid), si no es mi paciente, le cobraré \$5.00 por visita, no por vacuna . Facturaré el incentivo por cada vacuna a la aseguradora correspondiente.
7.	No negaré vacunas subsidiadas con fondos federales (VFC) a un paciente establecido cuyos padres/tutores no pueden pagar el cargo por servicios .
8.	Proveeré al paciente la información más reciente sobre las vacunas (VIS) provista por la Programa de Vacunación cada vez que se administra una vacuna según requerido por el "National Childhood Vaccine Injury Act" (NCVIA), que incluye informar de eventos adversos significativos al "Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS)".
9.	Cumpliré con los requisitos para el manejo de vacunas incluyendo: a) Ordenar y mantener los inventarios de vacunas apropiados; b) No almacenar vacunas en unidades de estilo dormitorio en NINGUN momento; c) Almacenar las vacunas en condiciones de almacenamiento adecuado en todo momento. Las unidades de refrigerador y congelador de vacunas y el equipo de monitoreo de temperatura deben cumplir con las prácticas de almacenamiento y manejo del Programa de Vacunación. d) Devolver todas las vacunas expiradas o dañadas al distribuidor del CDC dentro de seis meses de que se expiren o dañen.

CONTRATO DEL PROGRAMA VACUNAS PARA NIÑOS (VFC)



10.	<p>Estoy de acuerdo en operar dentro de las regulaciones y requisitos del Programa VFC de manera adecuada para evitar el fraude y el abuso. En conformidad con el "fraude" y "abuso" tal como se define en el Reglamento de Medicaid en 42 CFR § 455.2 y para los propósitos del Programa VFC:</p> <p>FRAUDE: es un engaño intencional o declaración falsa hecha por una persona con los conocimientos que la decepción podría ocasionar algún beneficio no autorizado para sí mismo o alguna otra persona. Incluye cualquier acto que constituye fraude bajo leyes federales o ley del estado.</p> <p>ABUSO: las prácticas del Proveedor que son incompatibles con prácticas fiscales, de negocios, o las prácticas médicas y dan como resultado un costo innecesario para Medicaid, [o incluyendo acciones que resultan en un costo innecesario para el Programa de Vacunación, una compañía de seguros de salud o un paciente]; o en el reembolso por servicios que no son médicamente necesarios o que no cumplen normas profesionalmente reconocidas para el cuidado de la salud. También incluye prácticas que resultan en costos innecesarios para Medicaid.</p>
11.	<p>Participaré en las visitas de cumplimiento del Programa VFC, las visitas no anunciadas de manejo y almacenaje de vacunas y otras oportunidades educativas asociadas con los requisitos del Programa VFC.</p>
12.	<p>Estoy de acuerdo en sustituir <u>dosis-por-dosis</u> las vacunas compradas con fondos federales (VFC, 317) que se consideren dañadas debido a la negligencia del Proveedor.</p>
13.	<p>Según la Orden Administrativa #262 se requiere que todos los Proveedores que administran vacunas entren toda la información de vacunación en PRIR. Me registraré en el Registro de Vacunación de Puerto Rico (PRIR) con el fin de realizar los pedidos de vacunas, entrar toda la información de vacunas recibidas por nuestros pacientes, verificar la elegibilidad del paciente, imprimir el certificado de vacunación, verificar el inventario de vacunas y las vacunas a administrar a nuestros pacientes</p>
14.	<p>Yo entiendo que esta clínica o el Programa de Vacunación podrán cancelar este contrato en cualquier momento. Si decido cancelar el presente contrato, devolveré debidamente cualquier vacuna federal no utilizada según lo indicado por el Programa de Vacunación.</p>
<p>Al firmar este documento, certifico que en mi nombre y el de todos los Proveedores de vacunación en esta clínica, que he leído y acepto los requisitos del Programa de Vacunas para Niños (VFC) mencionados arriba y entiendo que soy responsable (y cada Proveedor listado es individualmente responsable) de cumplir con estos requisitos.</p> <p>Nombre del Director o Representante (imprima): _____</p> <p>Firma: _____ Fecha: _____</p>	

