

INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EL PACIENTE

COMPLETE TODAS LAS SECCIONES CORRESPONDIENTES DEL FORMULARIO.

Realice la inscripción en el programa Advancing Access de Gilead desde GileadAdvancingAccess.com e incluya toda la documentación necesaria. También puede enviar por correo postal o por fax el formulario de inscripción completado y toda la documentación necesaria a la dirección o al número de fax que figuran a continuación.



Después de enviar este formulario, es posible que un especialista exclusivo del programa Advancing Access se comunique con usted para explicarle los próximos pasos del proceso y responder las preguntas que tenga.

Los servicios lingüísticos, incluidos los de interpretación, están disponibles de lunes a viernes, de 9 A. M. a 8 P. M., EST.

GUÍA PASO A PASO PARA COMPLETAR EL FORMULARIO

Esta sección la debe completar:
El paciente o su representante

SECCIÓN 1 OBLIGATORIA

Marque la casilla junto a cada servicio de asistencia que solicita a Advancing Access. Marque la casilla si se va a inscribir en el Programa de Ahorros en Copagos de Gilead.

SECCIÓN 2 OBLIGATORIA

Escriba el nombre de los productos de Gilead para los que solicita asistencia a Advancing Access.

SECCIÓN 3 OBLIGATORIA

Complete todos los campos con la información del paciente, incluida la autorización de contacto, para que podamos comunicarnos con los inscritos y brindarles información del programa cuando sea necesario.

SECCIÓN 4 OBLIGATORIA

Marque la casilla correspondiente para indicar si el paciente tiene seguro o no.

Si el paciente tiene un seguro secundario, marque la casilla y complete la información correspondiente.

Si el paciente tiene seguro, complete la información del seguro principal del paciente y envíe por fax una copia (del frente y del dorso) de la tarjeta del seguro. **Incluya la información del seguro médico y de farmacia.**

Si el paciente no tiene seguro, complete la Sección 5 con el fin de solicitar la participación en el Programa de Asistencia para Pacientes (PAP) o en el Programa de Asistencia para Medicamentos (MAP).

SECCIÓN 5 OBLIGATORIA SOLO SI...

Si solicita participar en el PAP o en el MAP

5A. Indique la cantidad de personas que integran el hogar del paciente y los ingresos del hogar, y complete todos los campos.

- Incluya documentación de todas las fuentes de ingresos y un comprobante de residencia. Es posible que se exija una identificación con fotografía del paciente.

5B. Firme y feche el consentimiento del solicitante.

Si quiere que la receta se envíe al consultorio del médico que la emite

5C. Marque la casilla correspondiente, firme y feche esta sección si desea que la receta se envíe directamente al consultorio o a la clínica del médico que la emite.

SECCIÓN 6 OBLIGATORIA

El paciente (o su representante) debe firmar y fechar esta sección.

Esta sección la debe completar:
El médico que emite la receta*

SECCIÓN 7 OBLIGATORIA

Complete todos los campos con la información del médico que emite la receta. En el caso de SUNLENCA® (lenacapavir) o de YEZTUGO® (lenacapavir) como profilaxis preexposición (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP), complete también la **Sección 7b** para solicitar la vía de adquisición.

SECCIÓN 8 OBLIGATORIA

Un proveedor de atención médica debe brindar el diagnóstico y la información médica del paciente.

SECCIÓN 9 OBLIGATORIA

El médico que emite la receta debe firmar y fechar esta sección con el fin de solicitar asistencia con el reembolso y la participación en el Programa de Asistencia para Pacientes (PAP) o en el Programa de Asistencia para Medicamentos (MAP).

9A. El médico que emite la receta debe firmar y fechar esta sección.

9B. El médico que emite la receta debe firmar y fechar el consentimiento si la receta se va a enviar a su consultorio o clínica.

SECCIÓN 10 OBLIGATORIA SOLO SI...

El médico que emite la receta debe completar esta sección solo si no va a enviar la receta mediante la historia clínica electrónica (EHR).

Si NO va a enviar la receta mediante la EHR

10A. Brinde la información de la receta y las instrucciones de envío, si corresponde.

- Complete la **Sección 9B** si el envío se va a realizar directamente a su consultorio o clínica.

10B. El médico que emite la receta debe firmar y fechar esta sección.

CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE La confidencialidad del paciente es de suma importancia para nosotros. Se preservará la confidencialidad de toda la información del paciente. La información se brindará a médicos clínicos, trabajadores sociales o familiares, cuando sea necesario para completar el proceso de inscripción y coordinar la asistencia para pacientes, y a las oficinas crediticias, con el fin de determinar la elegibilidad para el programa, con su consentimiento, en este Formulario de inscripción.

RECORDATORIO IMPORTANTE Asegúrese de completar todas las páginas correspondientes del Formulario de inscripción y de incluir toda la documentación necesaria cuando lo envíe. Los formularios incompletos retrasarán el proceso de revisión y, en algunos casos, es posible que el paciente deba volver a solicitar la participación en el programa.

Gilead Sciences, Inc. se reserva el derecho de modificar o cancelar el programa Advancing Access, o de finalizar la asistencia en cualquier momento. El reembolso de terceros depende de diversos factores; por lo tanto, Gilead Sciences, Inc. no puede garantizar la cobertura ni el reembolso.

ADVANCING ACCESS® | PO BOX 592188, ORLANDO, FL 32859

TELÉFONO: **1-800-226-2056** (lunes a viernes, de 9 A. M. a 8 P. M., EST)

FAX: **1-800-216-6857**

ADVANCING
ACCESS®**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EL PACIENTE**

TELÉFONO: 1-800-226-2056 | FAX: 1-800-216-6857

(lunes a viernes, de 9 A. M. a 8 P. M., EST)

CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE: La confidencialidad del paciente es de suma importancia para nosotros. Se preservará la confidencialidad de toda la información del paciente. La información se brindará a médicos clínicos, trabajadores sociales o familiares, cuando sea necesario para completar el proceso de inscripción y coordinar la asistencia para pacientes, y a las oficinas crediticias, con el fin de determinar la elegibilidad para el programa, con su consentimiento, en este Formulario de inscripción.



Los recursos para pacientes y proveedores están disponibles en:
GileadAdvancingAccess.com



Después de enviar este formulario, es posible que un especialista exclusivo del programa Advancing Access se comunice con usted para explicarle los próximos pasos del proceso y responder las preguntas que tenga.

**BORRAR
FORMULARIO****1. ASISTENCIA SOLICITADA PARA EL PACIENTE****OBLIGATORIA**

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN ✓

- ☐ Investigación de beneficios
- ☐ Información sobre autorizaciones previas y apelaciones
- ☐ Elegibilidad para el Programa de Asistencia para el Paciente (PAP) o para el Programa de Asistencia para Medicamentos (MAP)
- ☐ Acceso a servicios de reembolso en el lugar de atención e información sobre reembolsos

SOLO EN EL CASO DE YEZTUGO® (lenacapavir) como profilaxis preexposición (PrEP)**INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA DE COPAGOS**

- ☐ Al marcar esta casilla, confirmo que soy el paciente o un representante autorizado que actúa en nombre del paciente y autorizo a Advancing Access de Gilead a verificar la cobertura del seguro para el medicamento de Gilead recetado. Una vez confirmada la cobertura del seguro comercial, autorizo la inscripción en el Programa de Ahorros de Copagos de Advancing Access de Gilead para recibir asistencia con los gastos de bolsillo elegibles, incluidos aquellos relacionados con el medicamento de Gilead o con la administración de SUNLENCA® (lenacapavir) o YEZTUGO®. Se aplican restricciones. Consulte todos los términos y condiciones.

2. MEDICAMENTO RECETADO DE GILEAD**OBLIGATORIO**

Tratamiento contra el VIH:

Prevención del VIH (PrEP):

3. INFORMACIÓN DEL PACIENTE**OBLIGATORIA**

Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Nombre preferido:
Dirección:	N.º de apart./unidad:	Ciudad:	
Estado:	Código postal:	Teléfono: () -	Idioma preferido:
Correo electrónico:	Fecha de nacimiento: / /	Número de Seguro Social (últimos 4 dígitos):	
Nombre del contacto alternativo:	Teléfono: () -	Relación:	

AUTORIZACIÓN DE CONTACTO

Autorizo a Advancing Access a que me brinde información sobre mis beneficios, así como otra información con referencia al programa Advancing Access o a la farmacia ARx Patient Solutions por las siguientes vías (marque todas las opciones que correspondan):

- ☐ Llamada telefónica
- ☐ Mensaje de texto
- ☐ Correo electrónico
- ☐ Correo postal de EE. UU.

Autorizo a Advancing Access a dejar un mensaje detallado, que incluya el nombre de mi medicamento recetado, si no estoy disponible cuando llamen.

☐ Sí ☐ No**NOTA:**

- Si no selecciono ninguna preferencia de contacto, entiendo que Advancing Access me brindará información del programa por teléfono o mediante mi proveedor de atención médica.
- Se pueden aplicar cargos por mensajes de texto y datos. Puede desactivar los mensajes de texto en cualquier momento. Para hacerlo, responda con la palabra "STOP".

- ☐ Certifico que tengo 18 años o más y acepto recibir en mi número de teléfono mensajes de texto relacionados con la farmacia, como solicitudes y recordatorios de resurtido, enviados por Gilead, incluidos mensajes automáticos y recurrentes sobre el programa Advancing Access. Se pueden aplicar cargos por mensajes de texto y datos, y la frecuencia de los mensajes puede variar. Puedo desactivar los mensajes de texto en cualquier momento. Para hacerlo, debo responder con la palabra "STOP". Para obtener más información, consulte nuestra Política de privacidad (OPCIONAL)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

4. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO OBLIGATORIA

INCLUYA UNA COPIA DEL FRENTE Y DEL DORSO DE LA(S) TARJETA(S) DEL SEGURO

☐ El paciente no tiene seguro (es decir, no tiene seguro médico a través de ningún pagador público ni privado); CONSULTE LA SECCIÓN 5 "INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE" OPCIONAL.☐ El paciente tiene seguro (complete toda la información sobre el seguro pertinente debajo. Incluya una copia [del frente y del dorso] de todas las tarjetas del seguro, incluida la cobertura médica y de medicamentos recetados).**SEGURO PRINCIPAL**

Seguro principal:	¿Se trata de un plan de la Parte D de Medicare? ☐ Sí ☐ No		
Nombre del plan:	Teléfono del seguro: () -		
Nombre del suscriptor:			
Nombre del titular de la póliza:	Relación del titular de la póliza con el paciente:		
N.º de póliza:	N.º de grupo:	N.º de Rx Bin:	N.º de Rx PCN:

☐ **SEGURO SECUNDARIO** (Marque esta casilla si el paciente tiene un seguro secundario e incluya una copia [del frente y del dorso] de las tarjetas del seguro, si las tiene)

Seguro secundario:	¿Se trata de un plan de la Parte D de Medicare? ☐ Sí ☐ No		
Nombre del plan:	Teléfono del seguro: () -		
Nombre del suscriptor:			
Nombre del titular de la póliza:	Relación del titular de la póliza con el paciente:		
N.º de póliza:	N.º de grupo:	N.º de Rx Bin:	N.º de Rx PCN:

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE**▼ OBLIGATORIA SOLO SI SE SOLICITA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EL PACIENTE (PAP) O EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MEDICAMENTOS (MAP) ▼**

Ingresos anuales actuales del hogar: \$ _____ (Puede solicitarse documentación de todas las fuentes de ingresos)	Cantidad de personas del hogar que viven con los ingresos anuales actuales: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Otro: _____
¿El paciente ha explorado opciones alternativas de cobertura (como Medicaid, el ADAP, etc.)? ☐ Sí ☐ No	¿Se trata de una solicitud de reinscripción de una persona sin seguro? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es NO, indique el motivo: _____	

5B. CONSENTIMIENTO Y DECLARACIONES DEL SOLICITANTE**▼ OBLIGATORIO SOLO SI SE SOLICITA LA PARTICIPACIÓN EN EL PAP O EN EL MAP ▼**

Al firmar a continuación: 1) Certifico que toda la información de esta solicitud, incluidos los ingresos del hogar, es completa y exacta. **2)** Entiendo que la asistencia del programa finalizará si Advancing Access toma conocimiento de que hay información falsa o inexacta, o si ya no se me receta el medicamento. Entiendo que el producto gratuito que recibo mediante el PAP o el MAP solo puedo usarlo yo, a modo de consumo personal, y que no debo venderlo, revenderlo, permutarlo ni comercializarlo. **3)** Entiendo que completar esta solicitud no garantiza que reuniré las condiciones que me permitan obtener asistencia para pacientes. Si recibo productos gratuitos mediante el PAP o el MAP, certifico que no solicitaré el reembolso ni crédito por este medicamento a ninguna compañía de seguros, plan de salud ni programa gubernamental. Si soy miembro de un plan de la Parte D de Medicare, no solicitaré que este medicamento ni los costos de los artículos asociados con este se contabilicen como parte de mis gastos de bolsillo por medicamentos recetados. Entiendo que el PAP o el MAP se reserva el derecho de modificar el formulario de solicitud, cambiar o suspender el programa, o finalizar la asistencia en cualquier momento y sin previo aviso. **4)** Autorizo al PAP o al MAP y a su administrador a que envíen mi receta, en mi nombre, a una farmacia que dispense medicamentos. Advancing Access puede pedirme que entregue alguna constancia de identidad y documentación de ingresos con el fin de verificar mi elegibilidad para el PAP o el MAP (p. ej., tarjeta de identificación, declaración de ingresos, formulario W-2, últimos dos recibos de sueldo, etc.). **Autorizo a Gilead y a su administrador externo a que usen la información indicada en este formulario para obtener un informe crediticio personal sobre mí con el fin de verificar la información de este formulario y determinar mi elegibilidad para el PAP o el MAP.**

X FIRMA DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE CONFORME A LA LEY FEDERAL O ESTATAL (OBLIGATORIA):	FECHA: _____ / _____ / _____	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE (SI FIRMA POR EL PACIENTE):	RELACIÓN DEL REPRESENTANTE CON EL PACIENTE:	TELÉFONO: _____ () -

5C. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**▼ OBLIGATORIO SI LA RECETA SE VA A ENVIAR DIRECTAMENTE AL CONSULTORIO O A LA CLÍNICA DEL MÉDICO QUE LA EMITE ▼**

Al marcar esta casilla ☐, entiendo que mi receta se va a enviar directamente a la dirección del consultorio del médico que la emite, que se indica en este formulario (Sección 7). Autorizo al médico que emite la receta indicado en este formulario, en calidad de mi agente, a que reciba la receta en mi nombre. El médico que emite la receta, en calidad de mi agente, recibirá el medicamento recetado y me lo dispensará.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

6. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL **OBLIGATORIA**

Entiendo que Gilead Sciences, Inc. y sus agentes, contratistas y otros socios ("Gilead") deberán obtener, revisar, usar y divulgar mi información personal y médica antes de que pueda recibir asistencia mediante el programa Advancing Access (el "Programa") y el Programa de Asistencia para Pacientes ("PAP") o el Programa de Asistencia para Medicamentos ("MAP"). Puedo encontrar más detalles sobre el uso que le dará Gilead a mi información en <https://www.gilead.com/privacy-statements>.

Información que se divulgará: Mi información personal vinculada con mi inscripción o participación en el Programa, que puede incluir información personal identificable e información médica protegida ("PHI"), como se define en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos ("HIPAA") de 1996, con la enmienda de la Ley de Tecnología de la Información para la Salud Económica y Clínica ("HITECH") (en conjunto, "Información personal" [PI]):

- Información general sobre mí, incluidos mi nombre, fecha de nacimiento e información de contacto
- Información sobre mi afección médica, incluida información sobre mi estado o tratamiento relacionado con el VIH con este medicamento recetado y otras afecciones médicas relacionadas
- Información sobre mis beneficios médicos o la cobertura de mi seguro médico
- Información financiera (según sea necesario), como mis ingresos
- Toda la información que brinde en este Formulario de inscripción o que les brinde al Programa o al PAP o al MAP

Personas autorizadas a divulgar y a usar mi información: Autorizo a las siguientes partes a divulgar mi PI a Gilead y a sus socios:

- Mis proveedores de atención médica, incluida la farmacia que surte mi medicamento recetado. Entiendo que los proveedores de la farmacia pueden recibir una remuneración por divulgar mi PI, conforme a esta autorización
- Cualquier plan de salud, incluida mi compañía de seguro médico, o programa que me brinde beneficios de salud

Autorizo también a Gilead y a sus socios a volver a divulgar mi PI a las siguientes partes:

- Mis proveedores de atención médica, incluida la farmacia que surte mi medicamento recetado
- Mis planes de salud, incluida mi compañía de seguro médico
- Mi representante autorizado conforme a la ley federal o estatal (si corresponde)

Motivos para usar o divulgar mi información: Se puede usar o divulgar mi PI por los siguientes motivos:

- Completar el proceso de inscripción y verificar la información que brindo en el formulario de inscripción, por ejemplo, para confirmar mi identidad y el consumo o posible consumo del medicamento que me receta mi proveedor de atención médica
- Determinar mi elegibilidad para recibir beneficios de mi plan de salud u otros programas
- Brindar asistencia financiera y reembolsos, si soy elegible, y brindar otra asistencia que corresponda, incluida información sobre recursos externos que pueden ayudarme
- Comunicarse con mis proveedores de atención médica y coordinar la receta y la entrega de mi medicamento mediante la farmacia o el consultorio del proveedor de atención médica
- Comunicarse conmigo para evaluar la eficacia del Programa o del PAP o del MAP
- Cumplir los fines comerciales internos, de auditoría y de cumplimiento normativo de Gilead
- Confirmar que recibí el medicamento recetado de Gilead mediante el PAP o el MAP, según las preferencias de comunicación que indiqué antes
- Anonimizar la información que brindo, es decir, eliminar los elementos que me identifican, como mi nombre y mi dirección
- Satisfacer los requisitos legales de Gilead

Continúe en la próxima página >>>

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

6. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL
(CONTINUACIÓN) **OBLIGATORIA**Aviso de privacidad y consentimiento para procesar información personal confidencial:

- Gilead puede recopilar, usar y divulgar información personal, incluida aquella relacionada con la salud y otros datos personales confidenciales, en relación con mi participación en el Programa y mediante mis interacciones con Gilead tanto en línea como fuera de línea
- Reconozco que consulté la Declaración de privacidad y la Política de privacidad de los datos de salud de los consumidores de Gilead, ambas disponibles en <https://www.gilead.com/privacy-statements>, en las que se describe cómo Gilead recopila, usa, divulga y conserva la información personal, incluidos los datos de salud de los consumidores, y se explican mis derechos en materia de privacidad
- En los casos en que así lo exijan las leyes estatales de protección de datos de EE. UU. aplicables, doy mi consentimiento para que Gilead recopile, use y divulgue mis datos de salud como consumidor y otra información personal confidencial, tal y como se describe en dichas políticas. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Para ello, debo enviar un correo electrónico a privacy@gilead.com

Otro aspectos importantes:

- Entiendo que tengo la opción de no firmar esta autorización. Si me niego a firmarla, no cambiarán mi elegibilidad para recibir beneficios de mi plan de salud ni mi capacidad de obtener tratamiento de mis proveedores de atención médica, pero no tendré acceso a la asistencia que ofrecen el Programa ni el PAP o el MAP
- Una vez que firmo la Autorización del paciente y se transmite mi PI a Gilead y a sus socios, entiendo que las leyes de privacidad estatales y federales ya no protegen ni prohíben la redivulgación de la PI que mis proveedores de atención médica u otros divulgan a Gilead y a sus socios
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada y que la autorización vence dos (2) años a partir de la fecha de la firma o cuando así lo exijan las leyes del estado donde resido, lo que ocurra primero
- Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Para ello, debo notificar a Gilead al 1-800-226-2056. Si la cancelo, Gilead dejará de usar esta autorización para obtener, usar o divulgar mi PI tras la fecha de cancelación, pero dicha cancelación no afectará el uso ni la divulgación de la PI previos a la fecha de cancelación, conforme a esta autorización

X

FIRMA DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE CONFORME A LA LEY FEDERAL O ESTATAL (OBLIGATORIA):

FECHA:

/ /

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE (SI FIRMA POR EL PACIENTE):

RELACIÓN DEL REPRESENTANTE CON EL PACIENTE:

TELÉFONO:

() -

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EL PACIENTE DE ADVANCING ACCESS®

TELÉFONO: 1-800-226-2056 | FAX: 1-800-216-6857

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

7 INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA OBLIGATORIA

ESTA SECCIÓN LA DEBE COMPLETAR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del médico que emite la receta:

Nombre del centro:	Identificación tributaria del centro:	NPI del centro:
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código postal:
Contacto del consultorio:	Teléfono: () -	Fax: () -
N.º de NPI:	N.º de licencia estatal:	N.º de identificación tributaria:

7b. EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA ADQUIRIRÁ LA INYECCIÓN EN

ELIJA SOLO UNA OPCIÓN

SOLO EN EL CASO DE SUNLENCA® (lenacapavir) O DE YEZTUGO® (lenacapavir) COMO PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN (PrEP)

☐ Una farmacia especializada (INGRESE EL NOMBRE): ¿Le gustaría que usáramos este Formulario de inscripción para derivar el caso a una farmacia de la red, incluida la sección de recetas, y enviarlo a esta farmacia? ☐ Sí ☐ No		
☐ Una farmacia interna (INGRESE EL NOMBRE):		N.º de NPI:
☐ El proveedor de atención médica adquirirá la inyección y la facturará		
☐ Centro alternativo de atención (INGRESE EL NOMBRE):	N.º de identificación tributaria:	N.º de NPI:

8 INFORMACIÓN MÉDICA O DE DIAGNÓSTICO OBLIGATORIA

ESTA SECCIÓN LA DEBE COMPLETAR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Diagnóstico (incluya los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades [CIE]):

9A CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA OBLIGATORIA

Al firmar este formulario, certifico que, personalmente, receto o suministro medicamentos de Gilead para el paciente que se identifica en la Sección 3. Certifico que el medicamento recetado es necesario desde el punto de vista médico para el paciente y que se administrará como se indica. Certifico que supervisaré o coordinaré los tratamientos del paciente, de acuerdo con la ley, y que verificaré que la información que se brinde en la solicitud de mi paciente para el Programa de Asistencia para Pacientes (PAP) o para el Programa de Asistencia para Medicamentos (MAP) sea completa y exacta a mi leal saber y entender. Certifico que no recibí ni solicitaré el reembolso de ningún medicamento de Gilead dispensado al paciente mediante el PAP o el MAP por parte de ningún programa gubernamental ni compañía de seguros externa. Si corresponde, certifico que le suministraré al paciente elegible, identificado en la Sección 3, el medicamento que recibo mediante el PAP o el MAP para su consumo personal, sin cargo. Certifico que no usaré dicho medicamento para ningún otro fin ni recetaré, brindaré, suministraré ni dispensaré la totalidad o parte de este a ninguna otra persona o paciente. Notificaré a Gilead si la totalidad o parte del medicamento que recibo mediante el PAP o el MAP para el paciente identificado en la Sección 3 no se receta, brinda, suministra ni dispensa a dicho paciente, y me aseguraré de que se devuelva a Gilead o a su representante designado. Para ello, llamaré al 1-800-226-2056 en el plazo de 30 días. Certifico que no venderé, revenderé, ofertaré, comercializaré ni permutaré el medicamento que reciba mediante el PAP o el MAP. Doy mi consentimiento para que Gilead realice auditorías relacionadas con: 1) el solicitante identificado en la Sección 3, incluidas, entre otras, la confirmación de su identidad y la verificación de la necesidad médica; y 2) la dispensación del medicamento que reciba el proveedor mediante el PAP o el MAP, incluida la confirmación de que el paciente recibió el medicamento recetado de Gilead y la devolución oportuna del medicamento que se recibió para el paciente identificado en la Sección 3, pero que no se le dispensó, si corresponde.

Si receto el medicamento para la PrEP, certifico que el solicitante se sometió a pruebas de detección del VIH, cuyo resultado fue negativo, y que se realizarán pruebas periódicas de detección del VIH como parte de su plan de atención. Como parte de la elegibilidad de mi solicitante, acepto verificar de manera periódica el consumo ininterrumpido del medicamento de Gilead y volver a enviar recetas actuales.

Certifico que recibí del paciente la autorización escrita correspondiente, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996, las leyes estatales aplicables sobre la privacidad de la información médica y cualquier otro requisito pertinente, con el fin de divulgar la información personal y médica del paciente a Gilead y a sus agentes y contratistas. Con esta información, se evaluará la cobertura del seguro del paciente y se determinará si es elegible para participar en Advancing Access, se realizarán auditorías aleatorias que permitan verificar la información indicada en este Formulario de inscripción y se cumplirán otros fines descritos en la Autorización del paciente para el uso y la divulgación de información de salud personal de la Sección 6. Autorizo a Gilead a comunicarse conmigo en relación con la información indicada en este formulario y cuando sea necesario para facilitar la inscripción y la participación de mi paciente en Advancing Access. Entiendo que Gilead puede, si cuenta con la autorización del paciente, comunicarse directamente con este con el fin de verificar si es elegible para participar en Advancing Access, conocer todo cambio en la cobertura de su seguro y confirmar que recibió el medicamento de Gilead mediante el PAP o el MAP.

FIRMA DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA (OBLIGATORIA):
NO SE PERMITEN SELLOS

FECHA: / /

9B CONSENTIMIENTO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

OBLIGATORIO SI LA RECETA SE VA A ENVIAR DIRECTAMENTE AL CONSULTORIO O A LA CLÍNICA DEL MÉDICO QUE LA EMITE

Entiendo que completar este formulario de inscripción no garantiza que mi paciente reciba asistencia. Mi paciente dio su consentimiento para que yo reciba el medicamento de Gilead en su nombre. Recibiré el medicamento de mi paciente y lo guardaré en mi consultorio hasta suministrárselo, cuando corresponda. Cumpliré y acataré las leyes estatales de dispensación para médicos autorizados, cuando corresponda. El medicamento que suministre Gilead en función de este Formulario de inscripción está destinado solamente al paciente que se menciona en este formulario y no se deberá vender, comercializar, permutar, transferir, devolver por crédito ni enviar a terceros (como Medicare, Medicaid u otro prestador de beneficios) para obtener el reembolso. El medicamento se le suministrará solo a este paciente inscrito y elegible, sin costo alguno. La información que se proporciona en este Formulario de inscripción está sujeta a auditorías aleatorias y verificación. Gilead puede modificar o cancelar este programa en cualquier momento. También se reserva el derecho de finalizar la inscripción de mi paciente en cualquier momento. Si no se le suministra el medicamento a mi paciente dentro de los 30 días posteriores a la recepción, el medicamento se deberá devolver a la farmacia ARx Patient Solutions. El centro de atención médica puede estar sujeto a auditorías de Gilead y de la empresa externa que contrate para realizarlas.

FIRMA DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA (OBLIGATORIA):
NO SE PERMITEN SELLOS

FECHA: / /

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA EL PACIENTE DE ADVANCING ACCESS®

TELÉFONO: 1-800-226-2056 | FAX: 1-800-216-6857

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

10A INFORMACIÓN SOBRE LA RECETA

R_x

En el caso del Programa de Asistencia para Pacientes (PAP) o del Programa de Asistencia para Medicamentos (MAP):

- Complete el siguiente formulario de receta, que se enviará a la farmacia del PAP o del MAP que dispense medicamentos una vez que el paciente esté inscrito. **O**
- Envíe la receta de manera electrónica mediante su EHR a la farmacia ARx Patient Solutions Pharmacy (NCPDP 17-20677).

En el caso de **SUNLENCA®** (lenacapavir) y de **YEZTUGO®** (lenacapavir) como PrEP (profilaxis preexposición):

- Las recetas de pacientes con seguro comercial pueden transferirse a una farmacia especializada.
- Las recetas solo pueden enviarse al médico que emite la receta o a un centro alternativo de atención (ASOC).

▼ OBLIGATORIO SOLO SI NO SE ENVÍA LA RECETA MEDIANTE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA (EHR) ▼

Nombre del paciente:	Apellido:	Fecha de nacimiento:	/	/
Medicamento:	Concentración:	Cantidad:		
Instrucciones de uso:	Resurtidos:			
Enviar a: ☐ Dirección del paciente (Sección 3) ☐ Médico que emite la receta (Sección 7) ☐ Dirección alternativa (si se elige esta opción, complete la dirección alternativa de envío)				
Dirección alternativa de envío:				
Ciudad:	Estado:	Código postal:		

RECETA SECUNDARIA (SEGÚN SEA NECESARIO)				
Medicamento:	Concentración:	Cantidad:		
Instrucciones de uso:	Resurtidos:			
Enviar a: ☐ Dirección del paciente (Sección 3) ☐ Médico que emite la receta (Sección 7) ☐ Dirección alternativa (si se elige esta opción, complete la dirección alternativa de envío)				
Dirección alternativa de envío:				
Ciudad:	Estado:	Código postal:		

10B CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA

OBLIGATORIA

NOTA ESPECIAL: En el caso de los médicos que recetan en Nueva York, deben enviar la receta en un formulario de receta en blanco original del estado de Nueva York. En los demás estados, si la receta no se envía por fax, debe presentarse en un talonario específico del estado, cuando corresponda..

X FIRMA DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA (OBLIGATORIA):
NO SE PERMITEN SELLOS

FECHA:

/ /

