

1. SERVICIO(S) SOLICITADO(S) PARA EL PACIENTE (OBLIGATORIO)		MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN	
<input type="checkbox"/> Investigación de beneficios	<input type="checkbox"/> Información sobre autorización previa y apelaciones	<input type="checkbox"/> Prueba de detección de elegibilidad para el Programa de Asistencia al Paciente (PAP)	
<input type="checkbox"/> Inscripción en el Programa de Cupones de Copago	<input type="checkbox"/> Información sobre la Fundación de Copago Independiente		

2. MEDICAMENTO DE GILEAD PRESCRITO (OBLIGATORIO)	
Nombre del producto:	mg:
Si solicita TRUVADA®, por favor, indique si es para: <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Profilaxis previa a la exposición (PrEP)	

3. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (OBLIGATORIO)			
Nombre del paciente:		Idioma preferido:	
Dirección:		Ciudad:	
Estado:	Código postal:	N.º de teléfono:	N.º de Seguro Social (últimos 4 dígitos):
Correo electrónico:	Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nombre de contacto alternativo:		N.º de teléfono:	Relación:

AUTORIZACIÓN DE CONTACTO

Autorizo al personal de Advancing Access a dejar un mensaje detallado, incluido el nombre de mi medicamento prescrito, si no estoy disponible cuando llame. Sí No

4. INFORMACIÓN DE SEGURO (OBLIGATORIO)		INCLUYA UNA COPIA DEL FRENTE Y DEL DORSO DE LA(S) TARJETA(S) DE SEGURO	
<input type="checkbox"/> El paciente está asegurado (Complete toda la información correspondiente al seguro que aparece a continuación. Adjunte una copia del frente y del dorso de la tarjeta del paciente.)	<input type="checkbox"/> El paciente no está asegurado (es decir, no tiene seguro médico a través de algún pagador público o privado) VER LA SECCIÓN OPCIONAL "PATIENT FINANCIAL INFORMATION" A CONTINUACIÓN		
Seguro primario:	¿Es este un plan Medicare Parte D? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre del plan:	N.º de teléfono del pagador:		
Nombre del suscriptor:	Nombre del asegurado:	Relación del asegurado con el paciente:	
N.º de póliza:	N.º de grupo:	N.º de identificación bancaria (BIN) para la prescripción:	N.º de control del procesador (PCN) para la prescripción:
<input type="checkbox"/> Marque la casilla si el paciente tiene cobertura de un seguro secundario y envíe por fax una copia de la(s) tarjeta(s) de seguro, de estar disponible(s).			

5. INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR (OBLIGATORIO)			
Nombre del prescriptor:		Nombre del centro:	
Dirección:		Ciudad:	
Estado:	Código postal:	Contacto del consultorio:	
N.º de teléfono:	N.º de fax:	N.º identificador nacional de proveedor (NPI):	
N.º de identificación tributaria:		N.º de licencia estatal:	

6. DIAGNÓSTICO/INFORMACIÓN MÉDICA	DEBE SER COMPLETADA POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA
Diagnóstico (incluya el código del ICD-10): _____	

7. CERTIFICACIÓN DEL PRESCRIPTOR Y DECLARACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA (OBLIGATORIO)	
<p>Al firmar este formulario, certifico que estoy prescribiendo el medicamento de Gilead para el paciente identificado en la Sección 3. Certifico que este medicamento prescrito es médicamente necesario para el paciente y será utilizado según lo indicado. Certifico que estaré supervisando los tratamientos del paciente, y verifico que la información provista está completa y exacta, a mi leal saber y entender. Acepto que no buscaré reembolso por ningún medicamento de Gilead despachado al paciente mediante el Programa de Asistencia al Paciente (PAP) o de cualquier programa gubernamental o aseguradora de terceros.</p> <p>Si prescribo TRUVADA® para la profilaxis previa a la exposición (PrEP), certifico que el solicitante ha sido sometido a una prueba de infección por el VIH, cuyo resultado fue VIH negativo, y se llevarán a cabo pruebas regulares de VIH como parte del plan de atención del solicitante. Como parte de la elegibilidad del solicitante, acepto verificar periódicamente el uso continuo del medicamento de Gilead y reenviar las prescripciones actuales.</p> <p>Certifico que he recibido la autorización adecuada del paciente por escrito, de conformidad con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996, con la(s) ley(es) estatal(es) correspondiente(s) de privacidad de información médica, y con cualquier otro requisito correspondiente, a fin de divulgar la información personal y médica del paciente a Gilead y sus agentes y contratistas con los objetivos de: 1) verificar la cobertura de seguro del paciente y su elegibilidad para recibir beneficios; 2) buscar autorización previa a nombre del paciente, de ser necesario; 3) brindar asistencia financiera, respaldo y servicios de referido, de ser necesario; 4) facilitar la provisión del medicamento prescrito al paciente; 5) contactar al paciente y presentarle materiales educativos acerca del medicamento prescrito al paciente o para evaluar la efectividad del Programa Advancing Access y/o del PAP; y 6) para fines comerciales internos de Gilead.</p>	
FIRMA DEL PRESCRIPTOR (OBLIGATORIO):	FECHA:

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL DE SALUD (OBLIGATORIO)

Comprendo que debo completar este formulario de inscripción antes de que pueda recibir asistencia mediante Advancing Access de Gilead Sciences, Inc. (el "Programa") y el Programa de Asistencia al Paciente ("PAP"). Como parte de este proceso, Gilead y sus agentes y contratistas (en conjunto, "Gilead") tendrán la necesidad de obtener, revisar, utilizar y divulgar mi información personal y médica según se describe a continuación. Por el presente, autorizo a mis proveedores de atención médica y planes de salud a divulgar mi información personal y médica, según se describe a continuación, a Gilead en conexión con el Programa y/o con el PAP, todo de conformidad con esta autorización, y autorizo a Gilead a utilizar y divulgar la información de conformidad con la autorización.

Información a ser divulgada: Información personal de salud (personal health information, "PHI"), incluida la información acerca de mí (por ejemplo, mi nombre, dirección postal, información financiera e información de seguro), mis afecciones médicas pasadas, presentes y futuras (incluida la información acerca de mi estado o tratamiento relacionado con el VIH, con este medicamento prescrito y con la afección médica relacionada), y toda la información provista en este formulario de inscripción.

Personas autorizadas para divulgar mi información: Mis proveedores de atención médica, incluida cualquier farmacia que surta mi medicamento prescrito, así como cualquier plan de salud o programa que me brinde beneficios de atención médica. Comprendo que los proveedores de mi farmacia podrían recibir compensación por la divulgación de mi PHI de conformidad con esta autorización.

Personas a quienes se les puede divulgar mi información: Gilead, incluido el administrador de terceros responsable por la administración del Programa y del PAP.

Objetivos por los cuales se llevan a cabo las divulgaciones: Se podría divulgar la PHI a Gilead para que Gilead pueda utilizar y divulgar la PHI con los objetivos de: 1) completar el proceso de inscripción y verificar mi formulario de inscripción; 2) establecer mi elegibilidad para recibir beneficios de mi plan de salud o de otros programas; 3) brindar asistencia financiera, respaldo y servicios de referido, y comunicarse con mis proveedores de atención médica para, entre otros, facilitarme la provisión de mi medicamento prescrito; 4) contactarme para evaluar la efectividad del Programa y/o del PAP; 5) para fines comerciales internos de Gilead, incluido el control de calidad y las encuestas de mejora de servicios; y 6) enviarme información de marketing, ofertas y materiales educativos relacionados con mi tratamiento y/o con mi medicamento prescrito, incluido el programa de marketing de relación con el cliente (este uso de mi información personal es opcional, y puedo suscribirme a él al marcar la casilla debajo de las firmas a continuación).

Comprendo que, una vez que mi PHI sea divulgada a continuación, la ley federal de privacidad ya no podrá restringir su uso o divulgación. Comprendo, además, que puedo rehusarme a firmar esta autorización y que, si me rehúso, mi elegibilidad para los beneficios del plan de salud o mi capacidad para obtener tratamiento de mis proveedores de atención médica no cambiará, pero ya no tendré acceso a los servicios ofrecidos por el Programa y/o por el PAP. También comprendo que podría cancelar esta autorización en cualquier momento al notificar a Gilead por escrito a Advancing Access, PO Box 13185, La Jolla, CA 92039-3185. Si cancelo, Gilead dejará de utilizar esta autorización para obtener, utilizar o divulgar mi PHI después de la fecha de cancelación, pero la cancelación no afectará los usos o divulgaciones de cualquier PHI que ya se hayan llevado a cabo de conformidad con esta autorización antes de la fecha de cancelación. Tengo el derecho a recibir una copia de esta autorización firmada, la cual vence a los dos (2) años de la fecha en que yo la firme o en otro periodo requerido en virtud de las leyes del estado donde vivo, lo que ocurra primero.

<input type="checkbox"/> Al marcar esta casilla, acepto recibir información de marketing, ofertas y materiales educativos relacionados con mi afección médica, tratamiento y/o medicamento prescrito, incluido el programa de marketing de relación con el cliente.	
FIRMA del PACIENTE o del REPRESENTANTE DEL PACIENTE (OBLIGATORIO):	FECHA:
Nombre del representante del paciente (si firma en nombre del paciente):	
Relación o parentesco del representante del paciente con el paciente:	
ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO A ADVANCING ACCESS POR FAX, AL 1-800-216-6857	

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

9. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE (OPCIONAL)	OBLIGATORIO SOLO SI SOLICITA PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE (PAP)
Ingresos anuales actuales del hogar: \$	
Cantidad de personas que viven en el hogar: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Otra cantidad:	
Presente documentación actualizada de todas las fuentes de ingresos (p. ej., declaración de impuestos, formulario W-2, los últimos dos talonarios de pago, etc.) y evidencia de residencia en los Estados Unidos (p. ej., factura de servicio público, estado de cuenta bancaria, etc.).	

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL SEGURO:

Número de Seguro Social:	
¿Solicitó el paciente para el Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", indique la fecha de solicitud:
¿Solicitó el paciente para Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", indique la fecha de solicitud:
¿Es el paciente elegible para Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "No", indique el motivo:
¿Es el paciente elegible para recibir beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", ¿ha intentado el paciente obtener el medicamento a través del VA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha solicitado el paciente un plan de seguro ofrecido a través de un mercado estatal de seguros médicos (también conocido como intercambio)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", indique la fecha de solicitud:
¿Es el paciente elegible para un plan de seguro ofrecido a través de un mercado estatal de seguros médicos (también conocido como intercambio)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "No", indique el motivo:

PROGRAMA DE ASISTENCIA DE MEDICAMENTOS DE TRUVADA® PARA PREP

Si se inscribirá en el Programa de Asistencia de Medicamentos de TRUVADA para PrEP para pacientes no asegurados, seleccione una opción: <input type="checkbox"/> Envíe el medicamento al consultorio del prescriptor <input type="checkbox"/> El paciente recogerá el medicamento en una farmacia local
--

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL SOLICITANTE (OBLIGATORIO SOLO SI SOLICITA PARA EL PAP)
<p>Certifico que toda la información provista en esta solicitud, incluidos los ingresos del hogar, está completa y exacta. Comprendo que la asistencia del programa cesará si Advancing Access se entera de cualquier información falsa o inexacta, o si no recibo más prescripciones de este medicamento. Comprendo que completar esta solicitud no asegura que estaré calificado para recibir asistencia al paciente. Si recibo productos gratuitos a través del PAP, certifico que no buscaré reembolso o crédito por este medicamento de ninguna aseguradora, plan de salud o programa gubernamental. Si soy un afiliado del plan Medicare Parte D, no buscaré que este medicamento o que ningún costo por los artículos relacionados con él forme parte de mis gastos de bolsillo por medicamentos prescritos. Comprendo que el PAP se reserva el derecho de modificar el formulario de solicitud, modificar o discontinuar este programa, o suspender la asistencia en cualquier momento y sin aviso previo. Autorizo al PAP y a su administrador a remitir mi medicamento prescrito a una farmacia para que lo despache a mi nombre.</p>

FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE DEL PACIENTE (OBLIGATORIO SOLO SI SOLICITA PARA EL PAP)	FECHA:
--	---------------

ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO A ADVANCING ACCESS POR FAX, AL 1-800-216-6857

INSTRUCCIONES

Complete todas las secciones correspondientes del Formulario de inscripción.

- **Sección 1 (obligatoria):** Marque la casilla al lado de cada servicio que está solicitando de Advancing Access.
- **Sección 2 (obligatoria):** Escriba el nombre y la dosis del producto de Gilead para el cual está solicitando asistencia del Advancing Access.
- **Sección 3 (obligatoria):** Complete todos los campos con la información del paciente.
- **Sección 4 (obligatoria):** Marque la casilla adecuada para indicar si el paciente está asegurado o no está asegurado.
 - Si el paciente está asegurado, complete la información del seguro del paciente y envíe por fax una copia (del frente y del dorso) de la tarjeta del seguro del paciente. Si el paciente tiene un seguro secundario, marque la casilla que indica esto y envíe por fax una copia de la tarjeta del seguro secundario.
 - Si el paciente no está asegurado, complete la Sección 9 a fin de solicitar para el Programa de Asistencia al Paciente.
- **Sección 5 (obligatoria):** Complete todos los campos con la información del prescriptor.
- **Sección 6:** Un proveedor de atención médica debe presentar el diagnóstico y la información médica del paciente.
- **Sección 7 (obligatoria):** El prescriptor debe firmar y fechar esta sección para solicitar ayuda mediante el reembolso y el Programa de Asistencia al Paciente.
- **Sección 8 (obligatoria):** El paciente (o el representante del paciente) debe firmar y fechar esta sección.
- **Sección 9 (obligatoria solo si solicita para el Programa de Asistencia al Paciente (“PAP”)):**
 - Provea los ingresos anuales del hogar y el número de personas en el hogar del paciente, y complete la sección de información adicional del seguro.
 - El paciente debe firmar y fechar esta sección si está solicitando para el PAP.
 - Adjunte la documentación de todas las fuentes de ingresos y evidencia de residencia en los Estados Unidos.

Envíe por correo o por fax el Formulario de inscripción completado y toda la documentación requerida a Advancing Access, a la dirección postal o número de fax a continuación. Se necesita recibir ambos conjuntos de información para asegurar una revisión oportuna de la solicitud.

Un asesor de reembolso de Advancing Access notificará al solicitante acerca de la cobertura y los beneficios del paciente, las opciones alternas de financiamiento y/o la calificación del paciente para el PAP, según el(los) servicio(s) solicitado(s).

Los pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad del PAP precalificarán para el programa.

- El programa notificará al paciente y al prescriptor acerca del estado de precalificación.
- La notificación al prescriptor también incluirá un formulario de prescripción.
- El prescriptor tendrá un máximo de seis meses desde la fecha de precalificación para enviar el formulario de prescripción completado a la farmacia especificada en el formulario.
- Una vez que la farmacia reciba el formulario de prescripción completado, el paciente será inscrito en el PAP y recibirá por correo el producto de la farmacia de forma gratuita. Se incluye un número de teléfono gratuito si se necesita ayuda adicional.

CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

La confidencialidad del paciente es de vital importancia para nosotros. Toda la información del paciente se mantendrá confidencial. Se podrá proveer información a clínicos, trabajadores sociales o familiares, cuando sea necesario, para completar el proceso de inscripción y coordinar la asistencia al paciente.

RECORDATORIO IMPORTANTE

Asegúrese de que todas las páginas correspondientes del Formulario de inscripción estén completadas e incluyan toda la documentación adecuada antes de enviar el formulario. Los formularios incompletos retrasan el proceso de revisión y, en algunos casos, podrían requerir que el paciente vuelva a solicitar para el programa.

Gilead Sciences, Inc., se reserva el derecho de modificar o discontinuar Advancing Access o de suspender la asistencia en cualquier momento. El reembolso de terceros se ve afectado por una variedad de factores; por lo tanto, Gilead Sciences, Inc., no puede garantizar ninguna cobertura o reembolso.