

INSTRUCCIONES

Complete todas las secciones que correspondan del formulario de inscripción.

- **Sección 1 (obligatoria):** marque la casilla junto a cada oferta de soporte que está solicitando a Advancing Access®.
- **Sección 2 (obligatoria):** escriba el nombre y la dosis del producto Gilead para el que solicita asistencia de Advancing Access.
- **Sección 3 (obligatoria):** complete todos los campos con la información del paciente.
- **Sección 4 (obligatoria):** marque la casilla correspondiente para indicar si el paciente está asegurado o no.
 - Si el paciente está asegurado, complete la información del seguro del paciente y envíe por fax una copia (anverso y reverso) de la tarjeta del seguro del paciente. Si el paciente tiene un seguro secundario, marque la casilla para indicar esto y envíe por fax una copia de la tarjeta del seguro secundario.
 - Si el paciente no tiene seguro, complete la Sección 9 para solicitar el Programa de Asistencia al Paciente/Programa de Asistencia para Medicamentos (PAP/MAP, por sus siglas en inglés).
- **Sección 5 (obligatoria):** complete todos los campos con la información de la persona que prescribe.
- **Sección 6:** un proveedor de atención médica debe proporcionar el diagnóstico y la información médica del paciente.
- **Sección 7 (obligatoria):** la persona que prescribe debe firmar y fechar esta sección para recibir ayuda con el reembolso y el Programa de Asistencia al Paciente/Programa de Asistencia para Medicamentos (PAP/MAP).
- **Sección 8 (obligatoria):** el paciente (o el representante del paciente) debe firmar y fechar esta sección.
- **Sección 9 (requerida solo si se solicita el Programa de Asistencia al Paciente/Programa de Asistencia para Medicamentos [PAP/MAP]):**
 - Indique el ingreso anual y el tamaño del grupo familiar del paciente y complete la parte correspondiente a la información del seguro adicional.
 - El paciente debe firmar y fechar esta sección si se solicita el PAP/MAP.
 - Adjunte la documentación de respaldo de todas las fuentes de ingreso.

Envíe por correo o por fax el formulario de inscripción completado y toda la documentación requerida al programa Advancing Access a la dirección o al número de fax que se indica más abajo. Ambos paquetes de información son necesarios para garantizar la revisión oportuna del formulario de inscripción. Puede completar un formulario de inscripción electrónico en línea en <https://advancingaccessconsent.iassist.com/>.

Un especialista en casos de Advancing Access notificará al solicitante sobre la cobertura y los beneficios del paciente, las opciones de financiamiento alternativo o si califica para el PAP/MAP, dependiendo de la asistencia solicitada.

CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

La confidencialidad del paciente es de primordial importancia para nosotros. Toda la información del paciente se mantendrá confidencial. Se puede proporcionar información a los médicos, trabajadores sociales o familiares cuando sea necesario para completar el proceso de inscripción y coordinar la asistencia al paciente, y a las agencias de crédito para determinar la elegibilidad para el programa con su consentimiento indicado más abajo.

RECORDATORIO IMPORTANTE

Asegúrese de que todas las páginas correspondientes del Formulario de inscripción estén completas e incluya toda la documentación apropiada cuando envíe el formulario. Los formularios incompletos retrasan el proceso de revisión y, en algunos casos, pueden requerir que un paciente vuelva a presentar la solicitud para el programa.

Gilead Sciences, Inc. se reserva el derecho de modificar o interrumpir el programa Advancing Access o de cancelar la asistencia en cualquier momento. Los reembolsos de terceros se ven afectados por una serie de factores; por lo tanto, Gilead Sciences, Inc. no puede garantizar ninguna cobertura o reembolso.

1. ASISTENCIA AL PACIENTE SOLICITADA (OBLIGATORIO) MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN

<input type="checkbox"/> Investigación de beneficios	<input type="checkbox"/> Información sobre apelaciones y autorización previa	<input type="checkbox"/> Inscripción en el programa de cupones para copagos
<input checked="" type="checkbox"/> Evaluación de elegibilidad para el Programa de Asistencia al Paciente (PAP) o el Programa de Asistencia para Medicamentos (MAP)		

2. MEDICAMENTOS GILEAD PRESCRITOS (OBLIGATORIO)

Nombre del producto: Truvada	mg: 300/200
Si solicita DESCOVY® o TRUVADA®, indique si es para:	<input checked="" type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> PrEP/Prevención

3. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (OBLIGATORIO)

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

AUTORIZACIÓN DE CONTACTO

Autorizo a Advancing Access a dejar un mensaje detallado, que incluya el nombre de mi receta, si no estoy disponible cuando llaman.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Autorizo a Advancing Access a enviarme correspondencia por correo postal de los EE. UU. Esto incluye, entre otros, cartas de aprobación/denegación para el Programa de Asistencia al Paciente, cartas de recordatorio para períodos de reinscripción, etc. Si selecciono "No", entiendo que toda la comunicación se realizará a través del teléfono.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

4. INFORMACIÓN DEL SEGURO (OBLIGATORIA) INCLUYA UNA COPIA DE LAS TARJETAS DEL SEGURO (ANVERSO Y REVERSO)

<input type="checkbox"/> El paciente está asegurado (Complete toda la información pertinente del seguro a continuación. Adjunte la copia —anverso y reverso— de la tarjeta del paciente).	<input type="checkbox"/> El paciente no tiene seguro (es decir, no tiene seguro médico a través de ningún pagador público ni privado) CONSULTE MÁS ADELANTE LA SECCIÓN 9 OPCIONAL "INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE"		
Seguro primario:	¿Es este un plan de la Parte D de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre del plan:	Número de 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:
<input type="checkbox"/> Marque la casilla si el paciente tiene cobertura de seguro secundario y envíe por fax una copia de las tarjetas del seguro, de tenerlas.			

5. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE PRESCRIBE (OBLIGATORIO)

Nombre de la persona que prescribe:	Nombre del centro:	
Dirección:	Ciudad:	
Estado:	Código postal:	Contacto de oficina:
N.º de teléfono:	N.º de fax:	N.º de NPI:
N.º de ID. impositiva:	N.º de licencia del estado:	

6. INFORMACIÓN MÉDICA/DE DIAGNÓSTICO DEBE SER COMPLETADA POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Diagnóstico (incluya el código ICD): _____

7. CERTIFICACIÓN Y DECLARACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA DE LA PERSONA QUE PRESCRIBE

Al firmar este formulario, certifico que estoy recetando medicamentos Gilead para el paciente identificado en la Sección 3. Certifico que este medicamento recetado es médicamente necesario para el paciente y que se utilizará según las indicaciones. Certifico que supervisaré los tratamientos del paciente y que verificaré que la información proporcionada sea completa y precisa según mi leal saber y entender. Acepto no solicitar ningún reembolso de ningún programa gubernamental o aseguradora externa por ningún medicamento Gilead dispensado al paciente a través del Programa de Asistencia al Paciente/Programa de Asistencia para Medicamentos ("PAP/MAP").

Si prescribo DESCOVY® o TRUVADA for PrEP™, certifico que el solicitante se ha realizado un análisis para detectar la infección por el VIH y se determinó que es VIH negativo, así como que se le realizarán pruebas regulares de detección de VIH al solicitante como parte del plan de atención. Como parte de la elegibilidad de mi solicitante, acepto verificar periódicamente el uso continuo de los medicamentos Gilead y volver a enviar las recetas actuales.

Certifico que he recibido la correspondiente autorización por escrito del paciente, de conformidad con la Ley de Transferencia y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996, las leyes de privacidad de la información de salud del estado que sean aplicables y cualquier otro requisito pertinente, para comunicar la información personal y médica del paciente a Gilead y sus agentes y contratistas para los fines de: 1) verificar la cobertura de seguro del paciente y su elegibilidad para los beneficios; 2) solicitar autorizaciones previas en nombre del paciente, si es necesario; 3) proporcionar asistencia financiera, ayuda y apoyo con las derivaciones, según sea necesario; 4) facilitar el suministro de medicamentos recetados del paciente al paciente; 5) comunicarse con el paciente con respecto a materiales educativos sobre los medicamentos recetados del paciente o para evaluar la efectividad de los programas Advancing Access o PAP/MAP; y 6) para fines comerciales internos de Gilead.

FIRMA DE QUIEN PRESCRIBE (OBLIGATORIO):	FECHA:
--	---------------

NOMBRE DE PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

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

Entiendo que debo completar este formulario de inscripción antes de que pueda recibir asistencia a través de Gilead Sciences, Inc., Advancing Access (“Programa”) y el Programa de Asistencia al Paciente/Programa de Asistencia para Medicamentos (“PAP/MAP”). Como parte de este proceso, Gilead y sus agentes y contratistas (colectivamente, “Gilead”) deberán obtener, revisar, usar y divulgar mi información personal y médica como se describe más adelante. Por medio de la presente autorizo a mis proveedores de atención médica y planes de salud a que revelen mi información personal y médica a Gilead en relación con el Programa y/o el PAP/MAP, todo de acuerdo con esta autorización, y autorizo a Gilead a usar y divulgar la información de acuerdo con la autorización. Información que se divulgará: información de salud personal (“PHI”, por sus siglas en inglés), incluida información sobre mí (por ejemplo, mi nombre, dirección postal, información financiera e información de seguro), sobre mis afecciones pasadas, actuales y futuras (incluida información sobre mi estado en relación con el VIH o tratamiento con este medicamento recetado y afección relacionada) y sobre toda la información proporcionada en este formulario de inscripción.

Personas autorizadas a divulgar mi información: mis proveedores de atención médica, incluida cualquier farmacia que surta mis medicamentos recetados, y cualquier plan o programa de salud que me brinde beneficios de atención médica. Entiendo que mis proveedores de farmacia pueden recibir una remuneración por divulgar mi PHI de conformidad con esta autorización.

Personas a las que les puede ser revelada mi información: Gilead, incluido el administrador externo responsable de la administración del Programa y el PAP/MAP.

Propósitos de las posibles divulgaciones: las divulgaciones de PHI se pueden hacer a Gilead para que Gilead pueda usar y divulgar la PHI con el fin 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 u otros programas; 3) proporcionar asistencia financiera, ayuda y apoyo con las derivaciones, así como comunicarse con mis proveedores de atención médica, lo que incluye, entre otros, facilitarme la provisión de mi medicamento recetado; 4) comunicarse conmigo para evaluar la efectividad del Programa o el PAP/MAP; 5) para fines comerciales internos de Gilead, incluido el control de calidad y encuestas de mejora de la asistencia; y 6) enviarme información de marketing, ofertas y materiales educativos relacionados con mi tratamiento o mis medicamentos recetados, incluido el programa de marketing para la relación con el cliente (este uso de mi información personal es opcional y puedo optar por recibir este material al marcar la casilla debajo de las firmas a continuación).

Entiendo que una vez que mi PHI haya sido divulgada de conformidad con esta autorización, la ley federal de privacidad ya no podrá restringir su uso o divulgación. Además, entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que, si me niego, no cambiarán ni mi elegibilidad para recibir beneficios del plan de salud ni mi capacidad para obtener tratamiento de parte de mis proveedores de atención médica, aunque no tendré acceso al apoyo ofrecido por el Programa ni por el PAP/MAP. También entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a Gilead a la dirección Advancing Access, PO Box 13185, La Jolla, CA 92039-3185. Si la cancelo, Gilead dejará de usar esta autorización para obtener, usar 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 haya realizado de conformidad con esta autorización antes de la fecha de cancelación. Tengo derecho a una copia de esta autorización firmada, que vence a los dos (2) años desde la fecha en que la firmé u otro período requerido según las leyes del estado en el que resido, lo que ocurra primero.

Al marcar esta casilla, acepto recibir información de marketing, ofertas y materiales educativos relacionados con mi afección, tratamiento o medicamentos recetados, incluido el programa de marketing para la relación con el cliente.

FIRMA del PACIENTE o REPRESENTANTE DEL PACIENTE (OBLIGATORIA):	FECHA:
---	---------------

Nombre del representante del paciente (si está firmando por el paciente):

Relación del representante del paciente con el paciente:

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

NOMBRE DE PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

9. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE REQUERIDA SOLO SI PRESENTA UNA SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE/PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MEDICAMENTOS (PAP/MAP)

Ingreso anual actual del grupo familiar: \$ _____

Cantidad de personas en el grupo familiar mantenidas con el ingreso antes mencionado 1 2 3 4 5 6 Otra: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO ADICIONAL

Número de Seguro Social: _____

¿El paciente ha solicitado la ayuda del Programa de Asistencia con Medicamentos para el SIDA (ADAP) o del Programa de Asistencia con Medicamentos para la Profilaxis de Preexposición (PrEP DAP)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, fecha de solicitud: _____
---	---	---

¿El paciente ha solicitado Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, fecha de solicitud: _____
--------------------------------------	---	---

¿El paciente es elegible para Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso negativo, indique la razón: _____
---	---	---

¿El paciente es elegible para recibir beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos de EE. UU. (VA)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿el paciente ha intentado obtener el medicamento a través del VA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---	---

¿El paciente ha solicitado un plan de seguro ofrecido a través de un mercado estatal de seguros (también conocido como intercambio)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, fecha de solicitud: _____
--	---	---

¿El paciente es elegible para un plan de seguro ofrecido a través de un mercado estatal de seguros (también conocido como intercambio)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso negativo, indique la razón: _____
---	---	---

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL SOLICITANTE (REQUERIDAS SOLAMENTE SI SE PRESENTA UNA SOLICITUD PARA EL PAP/MAP)

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud, incluidos los ingresos del grupo familiar, es completa y precisa. Entiendo que la asistencia del programa terminará si Advancing Access se entera de que cualquier información es falsa o inexacta o si dejan de recetarme este medicamento. Entiendo que completar esta solicitud no garantiza que calificaré para recibir asistencia para el paciente. Si recibo un producto gratuito a través del PAP/MAP, certifico que no solicitaré reembolso ni crédito por este medicamento de ninguna aseguradora, plan de salud o programa gubernamental. Si soy miembro de un plan de la Parte D de Medicare, no buscaré que este medicamento ni ningún gasto por artículos asociados con él se consideren parte de mis gastos de bolsillo por medicamentos recetados. Entiendo que el PAP/MAP se reserva el derecho de modificar el formulario de solicitud, modificar o interrumpir este programa o cancelar la asistencia en cualquier momento y sin previo aviso. Autorizo al PAP/MAP y a su administrador a enviar mi receta a una farmacia dispensadora en mi nombre. Advancing Access puede requerir que presente documentación que compruebe sus ingresos para verificar su elegibilidad para el programa de asistencia al paciente/programa de asistencia para medicamentos (por ejemplo, declaración de impuestos, formulario W2, últimos 2 recibos de sueldo, etc.). **Autorizo a Gilead y a su administrador externo a usar la información proporcionada en este formulario para obtener un informe de crédito personal sobre mí para verificar la información en este formulario y determinar mi elegibilidad para el PAP/MAP.**

FIRMA DEL PACIENTE/REPRESENTANTE DEL PACIENTE: (REQUERIDA SOLAMENTE SI SE PRESENTA UNA SOLICITUD PARA EL PAP/MAP)	FECHA:
---	---------------

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