

# ADVANCING ACCESS®

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

### INSTRUCCIONES

Complete todas las secciones que correspondan del Formulario de inscripción del paciente.

Envíe el Formulario de inscripción completo y toda la documentación requerida por correo postal o por fax al programa **Advancing Access®** de Gilead, a la dirección o al número de fax que figuran más abajo. Se necesita tanto el formulario de inscripción como la documentación requerida para garantizar la revisión oportuna de dicho formulario. Puede completar un formulario de inscripción electrónico por Internet ingresando a [www.GileadAdvancingAccess.com](http://www.GileadAdvancingAccess.com).

Un especialista en casos de Advancing Access notificará al solicitante sobre la cobertura y los beneficios del paciente, las opciones alternativas de financiamiento o los requisitos para acceder al Programa de Asistencia al Paciente o al Programa de Asistencia para Medicamentos (PAP/MAP), según la ayuda solicitada.

### CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

La confidencialidad del paciente es de suma importancia para nosotros. Toda la información del paciente se mantendrá confidencial. Es posible que se les brinde información a los médicos, los trabajadores sociales o los familiares cuando se exija para completar el proceso de inscripción y coordinar la asistencia del paciente, así como a las agencias de calificación crediticia a fin de determinar la elegibilidad para el programa con su consentimiento en este Formulario de inscripción.

### RECORDATORIO IMPORTANTE

Asegúrese de que todas las páginas correspondientes del Formulario de inscripción estén completas e incluya toda la documentación adecuada al enviar el formulario. Los formularios incompletos demoran el proceso de revisión y, en algunos casos, es posible que el paciente deba volver a solicitar el programa.

Gilead Sciences, Inc. se reserva el derecho a modificar o suspender el programa Advancing Access, o a poner fin a la asistencia en cualquier momento. Varios factores afectan el reembolso de terceros; por lo tanto, Gilead Sciences, Inc. no puede garantizar ninguna cobertura ni reembolso.

### ADVANCING ACCESS®

PO Box 13185  
La Jolla, CA 92039-3185

VISITE:

[www.GileadAdvancingAccess.com](http://www.GileadAdvancingAccess.com)

TELÉFONO:

**1-800-226-2056**

(De lunes a viernes, de 9:00 A. M. a 8:00 P. M., hora del este)

FAX:

**1-800-216-6857**

## UNA GUÍA PASO A PASO PARA COMPLETAR EL FORMULARIO

### A COMPLETAR POR EL PACIENTE O EL REPRESENTANTE DEL PACIENTE:

#### ▶ SECCIÓN 1 (OBLIGATORIA)

Marque la casilla que se encuentra al lado de cada oferta de asistencia que solicita a Advancing Access.

#### ▶ SECCIÓN 2 (OBLIGATORIA)

Escriba el nombre del producto de Gilead para el que le solicita asistencia a 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 tiene seguro o no.

– Si el paciente está asegurado, complete la información del seguro del paciente y envíe una copia de su tarjeta del seguro (frente y dorso) por fax. Si el paciente tiene un seguro secundario, marque la casilla correspondiente para indicarlo y envíe una copia de la tarjeta del seguro secundario por fax.

– Si el paciente no está asegurado, complete la Sección 5 para solicitar el Programa de Asistencia al Paciente o Programa de Asistencia para Medicamentos (PAP/MAP, por sus siglas en inglés).

#### ▶ SECCIÓN 5 (OBLIGATORIA SOLO SI ENVIARÁ EL MEDICAMENTO RECETADO DIRECTAMENTE AL CONSULTORIO DEL MÉDICO RECETANTE, O SI SOLICITA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE O EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MEDICAMENTOS [PAP/MAP])

– Informe el ingreso anual familiar del paciente y la cantidad de miembros que forman el grupo familiar, y complete la sección adicional de información del seguro.

– Adjunte la documentación de todas las fuentes de ingresos y el comprobante de residencia. Es posible que se requiera una identificación con foto del paciente.

– Marque la casilla correspondiente, firme y feche si quisiera que se envíe el medicamento recetado directamente al consultorio o a la clínica del médico recetante, o si se solicita el PAP/MAP.

#### ▶ SECCIÓN 6 (OBLIGATORIA)

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

### A COMPLETAR POR EL MÉDICO RECETANTE:

#### ▶ SECCIÓN 7 (OBLIGATORIA)

Complete todos los campos con la información del médico recetante.\*

#### ▶ SECCIÓN 8 (OBLIGATORIA)

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

#### ▶ SECCIÓN 9 (OBLIGATORIA)

El médico recetante debe firmar y fechar esta sección para la asistencia de reembolsos y para el Programa de Asistencia al Paciente o el Programa de Asistencia para Medicamentos (PAP/MAP).

#### ▶ SECCIÓN 10 (OBLIGATORIA SOLO SI SE APLICA AL PAP/MAP Y SOLICITA ENVÍOS POR CORREO)

– Brinde la información sobre el medicamento recetado.

– El médico recetante debe firmar y fechar el consentimiento si se enviará el medicamento recetado a su consultorio o clínica.

\*Tal como se usa en este documento, el término "médico recetante" puede aludir a un farmacéutico con matrícula que está autorizado por ley a recetar o suministrar DESCOVY for PrEP® (profilaxis preexposición) o TRUVADA for PrEP® (profilaxis preexposición).



Inscríbese a través del portal en línea en [www.GileadAdvancingAccess.com](http://www.GileadAdvancingAccess.com)

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

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

### 1. AYUDA SOLICITADA POR EL PACIENTE **OBLIGATORIA**

**MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN**

- Investigación de beneficios  Información sobre autorizaciones y apelaciones anteriores  Inscripción en el Programa de Cupones de Copago
- Evaluación de elegibilidad para el Programa de Asistencia al Paciente (PAP) o el Programa de Asistencia para Medicamentos (MAP)

### 2. MEDICAMENTO RECETADO DE GILEAD **OBLIGATORIO**

Nombre del producto: \_\_\_\_\_ Si solicita DESCOVY® o TRUVADA®, indique cuál será su uso:  Tratamiento  PrEP/Prevención

### 3. INFORMACIÓN DEL PACIENTE **OBLIGATORIA**

Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	Nombre de preferencia:
Dirección:	N.º de apart./unid.:	Ciudad:	
Estado:	Código postal:	N.º de teléfono: ( ) -	Idioma de preferencia:
Correo electrónico:	Fecha de nacimiento: / /		N.º de Seguro Social (últimos 4 dígitos):
Nombre del contacto alternativo:	N.º de teléfono: ( ) -		Vínculo:

### AUTORIZACIÓN DE CONTACTO

- Sí  No Autorizo a Advancing Access a dejar un mensaje detallado, incluido el nombre de mi medicamento recetado, si no estoy disponible cuando llamen.
- Sí  No Autorizo a Advancing Access a enviarme correspondencia por el correo postal de Estados Unidos. Esto incluye, a título enunciativo, cartas de aprobación o rechazo para el Programa de Asistencia al Paciente, cartas recordatorias para los períodos de reinscripción, etc. Si seleccionó la opción "No" o no tildó ninguna casilla, comprendo que todas las comunicaciones serán por vía telefónica.

Autorizo a Advancing Access a brindarme información sobre mis beneficios y otras comunicaciones que contengan referencias al programa Advancing Access o a ARx Patient Solutions Pharmacy a través de:  Mensaje de texto  Correo electrónico  Teléfono

### 4. INFORMACIÓN DEL SEGURO **OBLIGATORIA**

**INCLUYA UN COPIA DEL FRENTE Y DEL DORSO DE SU(S) TARJETA(S) DEL SEGURO**

- El paciente no está asegurado (es decir, no cuenta con ningún seguro médico a través de ninguna empresa pública o privada): CONSULTE LA SECCIÓN 5 OPCIONAL "INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE"
- El paciente está asegurado (complete toda la información del seguro correspondiente que figura a continuación, *adjunte una copia de todas las tarjetas del seguro [frente y dorso], incluida la tarjeta de salud y la receta).*

Seguro principal:	¿Es un plan de Medicare Parte D? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del plan:	N.º de teléfono del seguro: ( ) -
Nombre del afiliado:	Nombre del titular de la póliza:
N.º de póliza:	N.º de grupo:
N.º BIN de med. recetado:	N.º PCN de med. recetado:
Vínculo del titular de la póliza con el paciente:	

Marque la casilla si el paciente tiene una cobertura de seguro secundaria y envíe una copia de las tarjetas del seguro por fax si están disponibles.

### 5. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE

**OBLIGATORIA SOLO SI SOLICITA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE O EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MEDICAMENTOS (PAP/MAP)**

Ingreso familiar anual actual: \$ \_\_\_\_\_ (Es posible que se exija documentación de todas las fuentes de ingresos) Número de personas en el hogar que reciben asistencia de los ingresos anuales actuales:  1  2  3  4  Otro: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN ADICIONAL DEL SEGURO

¿El paciente ha solicitado ADAP o PREP DAP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál es el estado de ADAP del paciente? <input type="checkbox"/> No solicitado <input type="checkbox"/> Pendiente <input type="checkbox"/> Lista de espera Rechazado ( <i>Adjunte carta de rechazo</i> )
Si la respuesta es Sí, fecha de solicitud: _____	<input type="checkbox"/> No elegible, motivo: _____
¿El paciente es elegible para Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El paciente ha solicitado Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es No, indique el motivo (si fue rechazado, <i>adjunte una copia de la carta de rechazo</i> ): _____	Si la respuesta es Sí, fecha de solicitud: _____
¿El paciente es elegible para Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El paciente ha solicitado Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es No, indique el motivo (si fue rechazado, <i>adjunte una copia de la carta de rechazo</i> ): _____	Si la respuesta es Sí, fecha de solicitud: _____
¿El paciente es elegible para los beneficios de 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
¿El paciente es elegible para un plan de seguro ofrecido a través de un mercado de seguros estatal (también conocido como intercambio)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha solicitado el paciente un plan de seguro ofrecido a través de un mercado de seguros estatal (también conocido como intercambio)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es No, indique el motivo: _____	Si la respuesta es Sí, fecha de solicitud: _____

### CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

**OBLIGATORIO SOLO SI SE ENVIARÁ EL MEDICAMENTO RECETADO DIRECTAMENTE AL CONSULTORIO O A LA CLÍNICA DEL MÉDICO RECETANTE**

Al marcar esta casilla, comprendo que mi medicamento recetado se enviará directamente a la dirección del consultorio del médico recetante que figura en este formulario (Sección 7). Autorizo al médico recetante mencionado en el presente formulario, como mi representante, para recibir mi medicamento recetado en mi nombre. Mi médico recetante, como mi representante, recibirá mi medicamento de venta con receta y, luego, me lo entregará.

### DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL SOLICITANTE

**OBLIGATORIAS SOLO SI SOLICITA EL PAP/MAP**

Al marcar esta casilla, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud, incluidos los ingresos de mi grupo familiar, es precisa y está completa. Comprendo que la asistencia del programa finalizará si Advancing Access descubre información falsa o incorrecta, o si ya no me recetan este medicamento. Entiendo que solo puedo usar el producto gratuito recibido a través del PAP/MAP para mi uso y consumo personales, y que no ofreceré el producto para venta, reventa, trueque o intercambio. Entiendo que completar esta solicitud no garantiza que seré elegible para la asistencia al paciente. Si recibo un producto gratuito a través del PAP/MAP, certifico que no pediré reembolsos ni créditos por este medicamento a ninguna compañía aseguradora, plan de salud ni programa gubernamental. Si soy miembro de un plan de Medicare Parte D, no solicitaré que este medicamento ni ningún costo por los productos vinculados con él cuente como parte de mis gastos de bolsillo para medicamentos recetados. Comprendo que el PAP/MAP se reserva el derecho a modificar el formulario de solicitud, cambiar o suspender este programa, o poner fin a la asistencia que brinda en cualquier momento y sin notificación alguna. Autorizo al PAP/MAP y a su administrador a enviar mi receta a una farmacia dispensadora en mi nombre. Advancing Access puede exigirme que presente un documento de identificación y documentación de mis ingresos a fin de verificar mi elegibilidad para el Programa de Asistencia al Paciente o el Programa de Asistencia para Medicamentos (por ejemplo, credencial de identificación, declaración de impuestos, W-2, los últimos dos recibos de sueldo, etc.). **Autorizo a Gilead y a su administrador externo a usar la información proporcionada en este formulario con el objeto de obtener un informe crediticio personal sobre mí para verificar los datos contenidos en el presente formulario y para determinar mi elegibilidad para el PAP/MAP.**

<b>X</b> FIRMA DEL PACIENTE o REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL PACIENTE SEGÚN LA LEY FEDERAL O ESTATAL (OBLIGATORIA):	FECHA: / /
Nombre del representante del paciente (si firma en nombre de este último):	Vínculo del representante con el paciente:
N.º de teléfono: ( ) -	

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

/ /

**6. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL OBLIGATORIA**

Comprendo que debo completar este formulario de inscripción antes de poder recibir asistencia a través de Advancing Access de Gilead Sciences, Inc. (en lo sucesivo, el "Programa") y del Programa de Asistencia al Paciente o el Programa de Asistencia para Medicamentos (en lo sucesivo, el "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 según se describe a continuación. Por la presente, autorizo a mis proveedores de atención médica y a mis planes de salud a divulgar mi información personal y médica a Gilead según se describe más adelante en relación con el Programa o el PAP/MAP, de acuerdo con esta autorización, y autorizo a Gilead a usar y a divulgar la información conforme a la autorización.

Información que se divulgará: Información personal (en lo sucesivo, la "IP"), que incluye datos sobre mi persona (por ejemplo, mi nombre, dirección postal, información financiera y datos del seguro), mi información médica, como mis afecciones actuales y futuras (incluso datos sobre mi condición respecto del VIH o tratamiento con este medicamento de venta con receta, así como las afecciones relacionadas), y toda la información proporcionada en este formulario de inscripción.

Personas autorizadas a divulgar mi información: Mis proveedores de atención médica, incluidas las farmacias que dispensen mi medicamento de venta con receta, así como los planes o programas de salud que me brinden beneficios de atención médica. Entiendo que mis farmacéuticos pueden recibir una remuneración por divulgar mi IP en virtud de esta autorización.

Personas con quienes se puede compartir mi información: Gilead, incluido el administrador externo responsable de la administración del Programa y del PAP/MAP.

Propósitos por los que se realizarán las divulgaciones: Las divulgaciones de IP pueden realizarse a Gilead, de manera que pueda usar y compartir dicha IP a los fines de: 1) completar el proceso de inscripción y verificar mi formulario de inscripción, que incluye, a título enunciativo pero no limitativo, confirmar mi identidad, así como mi uso o mi potencial uso de este medicamento recetado por el médico recetante identificado en la Sección 7; 2) determinar mi elegibilidad para recibir los beneficios de mi plan de salud u otros programas; 3) brindar asistencia económica y ayuda con los reembolsos, si soy elegible, y brindar otros tipos de asistencia correspondientes, que incluye, a título enunciativo pero no limitativo, información sobre recursos de terceros que pueden ayudarme; 4) comunicarse con mis proveedores de atención médica, incluso, entre otras cuestiones, verificar mi inscripción y facilitar el suministro de mi medicamento recetado; 5) ponerse en contacto conmigo para evaluar la eficacia del Programa o del PAP/MAP; 6) concretar propósitos comerciales internos de Gilead, como el control de calidad; 7) lograr objetivos de auditoría y cumplimiento, lo que incluye, a título enunciativo pero no limitativo, revisiones de casos y encuestas para mejorar la asistencia; 8) confirmar la recepción del medicamento recetado de Gilead a través del PAP/MAP en función de mis preferencias comunicativas antes detalladas; y 9) enviarme información de mercadeo, ofertas y material educativo vinculado a mi enfermedad, tratamiento o medicamento recetado, como el programa de mercadeo sobre la relación con los clientes (este uso de mi información personal es OPCIONAL y, al marcar la casilla que se encuentra más abajo, puedo aceptarlo).

Comprendo que, una vez que mi IP se haya compartido en virtud del presente, la ley federal de privacidad ya no limitará su uso o divulgación. Asimismo, entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que, si lo hago, mi elegibilidad para los beneficios del plan de salud o mi capacidad para recibir tratamiento de mis proveedores de atención médica no cambiará, pero no tendré acceso a la asistencia que ofrece el Programa o el PAP/MAP. Además, comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a Gilead a Advancing Access, PO Box 13185, La Jolla, CA 92039-3185. En el caso de que cancele esta autorización, Gilead dejará de usarla para obtener, usar o divulgar mi IP después de la fecha de cancelación, pero esta no afectará los usos ni las divulgaciones de la IP que se hayan realizado en virtud de esta autorización antes de la fecha de cancelación. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada, que caduca a los dos (2) años de la fecha en que la firmo u otro período que las leyes del estado en el que resido exijan, lo que suceda antes.

**Aceptación de comunicaciones de mercadeo (OPCIONAL):** Al marcar esta casilla, acepto recibir información de mercadeo, ofertas y materiales educativos relacionados con mi afección, tratamiento o medicamento de venta con receta, incluido el programa de mercadeo sobre la relación con los clientes. El programa de mercadeo de difusión es independiente del PAP/MAP. Entiendo que aceptar el programa de difusión de mercadeo no se exige como una condición para comprar productos o recibir un copago u otra asistencia de Gilead.

**X** FIRMA DEL PACIENTE o REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL PACIENTE SEGÚN LA LEY FEDERAL O ESTATAL (OBLIGATORIA):

FECHA:

/ /

Nombre del representante del paciente (si firma en nombre de este último):

Vínculo del representante con el paciente:

N.º de teléfono:

( ) -

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**7. INFORMACIÓN DEL MÉDICO RECETANTE OBLIGATORIA**

A COMPLETAR POR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del médico recetante:		Nombre del establecimiento:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Contacto del consultorio:		N.º de teléfono: ( ) -	N.º de fax: ( ) -
N.º de NPI:	N.º de matrícula del estado:	N.º de identificación tributaria:	

**8. DIAGNÓSTICO/INFORMACIÓN MÉDICA OBLIGATORIO**

A COMPLETAR POR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Diagnóstico (incluya el código de ICD): \_\_\_\_\_

**9. CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO RECETANTE Y DECLARACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA OBLIGATORIA**

Al firmar este formulario, certifico que le receto o proporciono un medicamento de Gilead al paciente identificado en la Sección 3. Además, certifico que este medicamento de venta bajo receta es médicamente necesario para el paciente y que se usará según lo indicado. Certifico que supervisaré o coordinaré los tratamientos del paciente, de acuerdo con la ley, y verificaré que la información proporcionada como parte de la solicitud de mi paciente para el Programa de Asistencia al Paciente o el Programa de Asistencia para Medicamentos ("PAP/MAP") es completa y precisa a mi leal saber y entender. Certifico que no he recibido ni solicitaré el reembolso de ningún medicamento de Gilead dispensado al paciente a través del PAP/MAP de ningún programa gubernamental o aseguradora externa. Si corresponde, certifico que el medicamento que el PAP/MAP me brindó para el paciente elegible identificado en la Sección 3 será entregado por mí a dicho paciente para su propio uso sin costo alguno. Además, certifico que no usaré ese medicamento ni recetaré, suministraré, proporcionaré ni dispensaré la totalidad o parte de ese medicamento para el uso de otras personas o pacientes. Notificaré a Gilead si todo o parte del medicamento que me proporcionó el PAP/MAP para el paciente identificado en la Sección 3 no se prescribe, proporciona, facilita o dispensa a ese paciente, y me aseguraré de que dicho medicamento se devuelva a Gilead o su representante designado, llamando al 1-800-226-2056 dentro de los 30 días. Asimismo, certifico que no venderé, revenderé, ofreceré para la venta, comercializaré ni intercambiaré el medicamento que el PAP/MAP me haya suministrado.

Acepto que Gilead puede realizar una auditoría vinculada con: 1) el solicitante identificado en la Sección 3, incluso, a título enunciativo, confirmar la identidad del paciente y verificar la necesidad médica; y 2) la dispensación del medicamento suministrado al médico recetante a través del PAP/MAP, incluso confirmar la recepción del medicamento recetado de Gilead por parte del paciente y la devolución oportuna de los medicamentos que se hayan recibido para el paciente identificado en la Sección 3, pero que no se hayan dispensado, si corresponde. Si receto DESCOVY for PrEP® o TRUVADA for PrEP®, certifico que el solicitante se ha sometido a un análisis de VIH y que el resultado fue negativo, y que se le realizarán análisis de VIH regulares como parte del plan de atención del solicitante. Como parte de la elegibilidad de mi solicitante, acepto verificar periódicamente el uso continuo del medicamento de Gilead y volver a enviar las recetas actuales.

Certifico que recibí la autorización escrita correspondiente del paciente, de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996, las leyes estatales aplicables en materia de privacidad de la información médica y todo otro requisito aplicable para divulgar la información médica y personal del paciente a Gilead, sus agentes y sus contratistas a los fines de evaluar la cobertura del seguro del paciente y su elegibilidad para participar en Advancing Access, llevar a cabo auditorías aleatorias para verificar la información suministrada en este formulario de inscripción y para otros propósitos según lo detallado en la Autorización del paciente para usar y divulgar información médica personal de la Sección 6. Gilead está autorizado para ponerse en contacto conmigo sobre la información proporcionada en este formulario y según sea necesario para facilitar la inscripción y la participación de mi paciente en Advancing Access. Comprendo que Gilead puede ponerse en contacto con el paciente directamente, si este lo autoriza, a fin de verificar la elegibilidad para Advancing Access y las actualizaciones de la cobertura del seguro, así como confirmar la recepción del medicamento de Gilead a través del PAP/MAP.

**NOTA ESPECIAL:** Los médicos recetantes de Nueva York deben presentar las recetas en un recetario original de dicho estado. Para el resto de los estados, si no se envía por fax, la receta debe confeccionarse en un recetario específico del estado, si se aplica a su estado.

**X FIRMA DEL MÉDICO RECETANTE (OBLIGATORIA):** \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**10. INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO RECETADO OBLIGATORIA SI SOLICITA ENVÍOS POR CORREO**

COMPLETE EL SIGUIENTE FORMULARIO DEL MEDICAMENTO RECETADO QUE SE ENVIARÁ A LA FARMACIA DISPENSADORA DEL PAP/MAP UNA VEZ QUE SE APRUEBE A SU PACIENTE



Nombre del paciente:		Apellido:	Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
Medicamento:	Instrucciones de uso:		Presentación:
Cantidad: <b>30</b>	Opciones de entrega: <input type="checkbox"/> Recoger en farmacia de venta minorista <input type="checkbox"/> Envíos por correo <input type="checkbox"/> Retiro del suministro inicial en una farmacia (el resto de las dispensaciones posteriores se hará mediante pedido por correo)		Surtidos:
Destino: <input type="checkbox"/> Dirección del paciente (Sección 3) <input type="checkbox"/> Dirección del consultorio del médico recetante <input type="checkbox"/> Dirección alternativa			
Dirección de envío alternativa:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

**CONSENTIMIENTO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA**

OBLIGATORIO SI EL MEDICAMENTO RECETADO SE ENVÍA AL CONSULTORIO O A LA CLÍNICA DEL MÉDICO RECETANTE

Entiendo que completar este formulario de inscripción no garantiza que se le brindará asistencia a mi paciente, quien otorgó su consentimiento para que yo reciba su medicamento de Gilead en su nombre. Recibiré y guardaré el medicamento de mi paciente en mi consultorio hasta que se lo entregue, cuando corresponda. Cumpliré y respetaré las leyes de dispensación para médicos recetantes de mi estado que se aplica a los médicos recetantes autorizados, cuando corresponda. Los medicamentos que Gilead suministre como consecuencia de este formulario de inscripción son para uso del paciente mencionado en este formulario únicamente y no se venderán, comercializarán, intercambiarán, transferirán, devolverán a cambio de crédito ni se enviarán a terceros (como Medicare, Medicaid u otro proveedor de beneficios) para obtener reembolsos. El medicamento solo se suministrará para este paciente elegible e inscrito sin costos de ningún tipo. La información proporcionada en este formulario de inscripción está sujeta a auditorías y verificaciones aleatorias. Gilead puede cambiar o cancelar este programa en cualquier momento y también se reserva el derecho a finalizar la inscripción del paciente en cualquier momento. Si no se le proporciona el medicamento a mi paciente dentro de los treinta días de su recepción, debe devolverse a ARX Patient Solutions Pharmacy. El centro de atención médica puede quedar sujeto a auditorías por parte de Gilead y de su compañía de auditorías subcontratada.

**X FIRMA DEL MÉDICO RECETANTE (OBLIGATORIA):** \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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