

INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

COMPLETE TODAS LAS SECCIONES QUE CORRESPONDAN EN EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

- ▶ **SECCIONES 1 Y 2 (OBLIGATORIO)** . Complete todos los campos con información del paciente.
- ▶ **SECCIÓN 3 (OBLIGATORIO)** Marque la casilla que corresponda para indicar si el paciente tiene seguro o no.
 - Si el paciente tiene seguro, complete la información del seguro del paciente y envíe una copia por fax (anverso y reverso) de la tarjeta de seguro del paciente. Si el paciente tiene un seguro secundario, marque la casilla para indicarlo y envíe una copia por fax de la tarjeta del seguro secundario.
 - Si el paciente no tiene seguro, complete la Sección 7 para postularse para el programa de donación de productos gratis “Ending the HIV Epidemic: Ready, Set, PrEP” del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés). Si el paciente ya ha participado en el Programa de Asistencia con los Medicamentos (MAP, por sus siglas en inglés) de Gilead para TRUVADA for PrEP™ o DESCOVY for PrEP™ gratis, el paciente puede recibir productos gratis de MAP de Gilead; complete este formulario sin tener en cuenta si el paciente ha participado en MAP de Gilead.
- ▶ **SECCIÓN 4 (OBLIGATORIO)** Complete todos los campos con información del médico que receta.
- ▶ **SECCIÓN 5 (OBLIGATORIO)** El médico que receta debe firmar y poner la fecha en esta sección para recibir el reembolso.
- ▶ **SECCIÓN 6 (OBLIGATORIO)** El paciente (o su representante) debe firmar y poner la fecha en esta sección.
- ▶ **SECCIÓN 7 (OBLIGATORIO)** El médico que receta debe firmar y poner la fecha en esta sección para recibir el reembolso.

**Solo es obligatorio si se postula para el programa de donación de productos gratis “Ending the HIV Epidemic: Ready, Set, PrEP” del HHS (“programa HHS EHE”).*

Envíe por correo o por fax el Formulario de inscripción completo y toda la documentación solicitada a la dirección o número de fax que aparece a continuación. Toda la información es necesaria para garantizar la revisión del formulario de inscripción dentro de los plazos. Puede completar un formulario de inscripción electrónico en línea en <https://GetYourPrEP.com>.

Un especialista en casos le comunicará al solicitante los beneficios y la cobertura del paciente, las opciones de financiación alternativas y/o la elegibilidad para el programa HHS EHE.

CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE

La confidencialidad del paciente es muy importante para nosotros. Toda la información del paciente será confidencial. La información puede ser provista a médicos, trabajadores sociales o familiares cuando se les solicita que completen el proceso de inscripción y coordinen la asistencia del paciente, y a oficinas de informes crediticios para determinar la elegibilidad para el programa con su consentimiento a continuación.

RECORDATORIO IMPORTANTE

Asegúrese de que todas las páginas correspondientes del Formulario de inscripción estén completas y que incluyan la documentación correspondiente al enviar el formulario. Los formularios incompletos retrasan el proceso de revisión y, en ciertos casos, pueden obligar al paciente a volver a postularse para el programa.

El HHS se reserva el derecho a modificar o discontinuar el programa o a cancelar la asistencia en cualquier momento. El reembolso hecho por terceros se ve afectado por una variedad de factores; por lo tanto, el HHS no puede garantizar la cobertura o los reembolsos.

PO Box 13185, La Jolla, CA 92039-3185

TELÉFONO: 1-855-447(HHS)-8410

FAX: 1-833-200-6302

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

TELÉFONO: 1-855-447(HHS)-8410 | FAX: 1-833-200-6302

REINICIAR

1. MEDICAMENTO RECETADO (OBLIGATORIO)

Nombre del producto: TRUVADA® (para PrEP/Prevención) DESCOVY® (para PrEP/Prevención) mg:

2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (OBLIGATORIO)

Nombre:	Apellido:	I. S. N.:
Dirección:	N.º de Depto./Unidad:	Ciudad:
Estado:	Código postal:	N.º de teléfono: () -
Fecha de nacimiento: / /	N.º de Seguro Social (últimos 4 dígitos):	Idioma preferido:
Correo electrónico:		
Nombre de contacto alternativo:	N.º de teléfono: () -	Relación:

AUTORIZACIÓN DE CONTACTO

Autorizo al especialista en casos para que deje un mensaje detallado, que incluya el nombre de mi receta, si no estoy disponible cuando llama. Sí NoAutorizo al programa HHS EHE a enviarme correspondencia por medio del correo postal de EE. UU. Esto incluye, sin limitaciones, cartas de aprobación/rechazo para el Programa de Asistencia al Paciente, recordatorios por carta para períodos de reinscripción, etc. Si selecciono "No", entiendo que toda la comunicación se efectuará por teléfono. Sí No

3. INFORMACIÓN DEL SEGURO (OBLIGATORIO)

 El paciente tiene seguro (complete la información sobre el seguro que corresponda a continuación. Adjunte una copia [anverso y reverso] de la tarjeta del paciente). El paciente no tiene seguro (no cuenta con cobertura para medicamentos recetados)

Seguro principal:

Nombre del plan: N.º de teléfono del seguro: () -

Nombre del afiliado:

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 BIN para Rx: N.º de PCN para Rx:

 Marque la casilla si el paciente tiene cobertura de seguro secundario y envíe una copia de las tarjetas de seguro, si están disponibles.

4. INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA (OBLIGATORIO)

Nombre del médico que receta:	Nombre del centro:	
Dirección:	Ciudad:	
Estado:	Código postal:	Contacto de la oficina:
N.º de teléfono: () -	N.º de fax: () -	N.º de NPI:
N.º de identificación tributaria:	N.º de licencia del estado:	

5. CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA Y DECLARACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA

Al firmar este formulario, certifico que estoy recetando medicamentos de Gilead al paciente identificado en la Sección 2. Certifico que este medicamento con receta es medicamento necesario para el paciente y que será utilizado según las instrucciones. Certifico que supervisaré los tratamientos del paciente y que verificaré que la información provista esté completa y sea precisa, según mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo con que no solicitaré compensación por los medicamentos de Gilead entregados al paciente a través del programa HHS EHE, el Programa de Asistencia con los Medicamentos de Gilead, o un programa del gobierno o una aseguradora externa.

Si receto TRUVADA for PrEP™ y DESCOVY for PrEP™, certifico que el solicitante dio negativo en la prueba de la infección, y se llevarán a cabo pruebas regulares como parte del plan de atención del solicitante. Como parte de la elegibilidad del solicitante, acepto verificar periódicamente el consumo de los medicamentos de Gilead y volver a presentar las recetas actuales.

Certifico que he recibido la autorización por escrito correspondiente del paciente, de conformidad con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996, las leyes estatales de privacidad de la información médica aplicables, y cualquier otro requisito pertinente, con el objetivo de entregar la información médica y personal del paciente al HHS, a Gilead Sciences, Inc. y sus agentes y contratistas con el fin de: 1) verificar la cobertura de seguro del paciente y la elegibilidad para los beneficios; 2) solicitar autorización previa si es necesario en nombre del paciente; 3) proporcionar asistencia financiera, ayuda y apoyo para referidos según sea necesario; 4) facilitar al paciente la provisión de sus medicamentos recetados; 5) comunicarse con el paciente para proporcionarle material educativo sobre los medicamentos recetados del paciente o para evaluar la efectividad del programa HHS EHE; y 6) para fines comerciales internos de Gilead o el HHS.

X FIRMA DEL MÉDICO QUE RECETA (OBLIGATORIO):

FECHA: / /

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

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

Entiendo que debo completar este formulario de inscripción antes de recibir asistencia mediante el programa de donación de productos gratis “Ending the HIV Epidemic: Ready, Set, PrEP” del HHS (el “programa HHS EHE”) o Advancing Access (“Programa”) y el Programa de Asistencia con los Medicamentos (“MAP”) de Gilead Sciences, Inc. Como parte de este proceso, el HHS, 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 el presente, autorizo a mis proveedores de atención médica y planes de salud a divulgar mi información personal y médica según se describe más abajo ante el HHS y Gilead en relación con los programas HHS EHE y MAP, todo de conformidad con esta autorización, y autorizo al HHS y a Gilead a usar y divulgar mi información de conformidad con esta autorización.

Información que será divulgada: Información médica personal (“PHI”, por sus siglas en inglés), la cual incluye información sobre mí (por ejemplo, mi nombre, número de Seguro Social, dirección postal, información financiera e información de seguro), afecciones médicas pasadas, presentes y futuras (lo que incluye cualquier tipo de información sobre mi estado o tratamiento con este medicamento recetado y afecciones médicas relacionadas), y toda la información provista en este formulario de inscripción.

Personas autorizadas a divulgar mi información: mis proveedores de atención médica, incluidas las farmacias que surtan mis medicamentos recetados, y cualquier otro plan o programa de salud que me ofrezca beneficios médicos. Entiendo que mis proveedores farmacéuticos pueden recibir una remuneración por revelar mi PHI de conformidad con esta autorización.

Personas ante quienes es posible que se divulgue mi información: el HHS y Gilead, incluido el administrador externo responsable de la gestión del Programa, el programa HHS EHE y el programa MAP.

Propósitos para los cuales se divulga la información: las divulgaciones de PHI se pueden efectuar ante el HHS y Gilead, para que ambos puedan usar y revelar la PHI con los siguientes fines: 1) completar el proceso de inscripción y verificar mi formulario de inscripción; 2) establecer mi elegibilidad para los beneficios de mi plan de salud u otros programas; 3) proporcionar asistencia financiera, ayuda y apoyo para referidos, y comunicarse con mis proveedores de atención médica, lo que incluye, entre otros, facilitarme la provisión de mis medicamentos recetados; 4) comunicarse conmigo para evaluar la efectividad de los programas HHS EHE o MAP; 5) para fines comerciales internos del HHS y Gilead, que incluyen control de calidad y encuestas que mejoren la ayuda; y 6) enviarme información de marketing, ofertas y material educativo relacionado con mi tratamiento y/o mis medicamentos recetados, incluido el programa de marketing de relación con el cliente (este uso de mi información personal es opcional y al marcar la casilla encima de las firmas a continuación, puedo elegir participar).

Entiendo que una vez que mi PHI ha sido divulgada en virtud del presente, la ley federal de privacidad quizás ya no restrinja su uso o divulgación. Entiendo asimismo que puedo negarme a firmar esta autorización y que, si me niego, mi elegibilidad para los beneficios del plan de salud o mi capacidad de obtener tratamiento de mis proveedores de atención médica no cambiarán, pero que no tendré acceso a la ayuda ofrecida por el Programa y/o el programa HHS EHE. También entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento si notifico al HHS y a Gilead por escrito, enviando la correspondencia a HHS Ending the HIV Epidemic Program, PO Box 13185, La Jolla, CA 92039-3185. Si cancelo, el HHS y Gilead dejarán de utilizar esta autorización para obtener, usar o divulgar mi PHI después de la fecha de cancelación, pero la cancelación no afectará usos o divulgaciones de PHI que ya se hayan efectuado conforme a esta autorización antes de la fecha de cancelación. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada, la cual vence dentro de dos (2) años a partir de la fecha de mi firma o en cualquier otro período de tiempo requerido por las leyes del estado en el que resido, lo que suceda primero.

AL MARCAR ESTA CASILLA, **ELIJO NO** RECIBIR UNA TARJETA DE FARMACIA MINORISTA FÍSICA.

X	FIRMA del PACIENTE o del REPRESENTANTE DEL PACIENTE (OBLIGATORIO):	FECHA: _____ / _____ / _____
	Nombre del representante del paciente (si firma en nombre del paciente):	
	Relación del representante del paciente con el paciente:	

ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETO POR FAX AL 1-833-200-6302

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

7. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL SOLICITANTE

(OBLIGATORIO SOLO SI SE POSTULA PARA EL PROGRAMA HHS EHE/PROGRAMA MAP)

Certifico que toda la información provista en esta solicitud, incluido el ingreso familiar, es completa y precisa. Entiendo que la ayuda del programa se cancelará si el programa HHS EHE o Advancing Access tiene conocimiento de información falsa o incorrecta, o bien si ya no se me receta este medicamento. Entiendo que completar esta solicitud no garantiza que califique para la ayuda para pacientes. Si recibo productos gratis a través del programa HHS EHE, certifico que no tengo seguro y que no solicitaré un reembolso o crédito por este medicamento de una compañía aseguradora, plan de salud o programa del gobierno. Si recibo productos gratis a través del programa MAP, certifico que no tengo seguro y que no solicitaré un reembolso o crédito por este medicamento de una compañía aseguradora, plan de salud o programa del gobierno. Si soy miembro de un plan de la Parte D de Medicare, no solicitaré que este medicamento o los costos por artículos relacionados con este sean tenidos en cuenta como parte de mis gastos de bolsillo para medicamentos recetados.

Entiendo que el programa HHS EHE y el programa MAP se reservan el derecho de modificar el formulario de solicitud, modificar o discontinuar este programa, o bien cancelar la ayuda en cualquier momento y sin previo aviso. **Autorizo al programa HHS EHE/programa MAP y a sus administradores a reenviar en mi nombre la receta a una farmacia que suministre mis medicamentos. Autorizo al HHS, a Gilead y a su administrador externo para que usen la información provista en este formulario para obtener un informe de crédito personal sobre mí para verificar la información proporcionada en este formulario y para determinar mi elegibilidad para el programa HHS EHE y el programa MAP.**

X FIRMA del PACIENTE o del REPRESENTANTE DEL PACIENTE (OBLIGATORIO):	FECHA: _____ / _____ / _____
---	------------------------------

ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETO POR FAX AL 1-833-200-6302