

Formulario de inscripción para ZYDELIG® AccessConnect®

Lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. Hora del Este Teléfono 1-844-6ACCESS (1-844-622-2377) Fax 1-855-553-8672 www.ZYDELIGAccessConnect.com



ZYDELIG AccessConnect es un recurso central con herramientas diseñadas para ayudar a todos los pacientes, independientemente de la necesidad financiera, sirviendo como guía para la terapia y los servicios de apoyo. Para inscribir a sus pacientes en ZYDELIG AccessConnect, envíe por fax este Formulario de inscripción completo para el programa ZYDELIG AccessConnect al 1-855-553-8672.

1. Información del paciente

Nombre del paciente (Primer nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido): _____
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Sexo: Hombre Mujer
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Correo electrónico: _____ Idioma: Inglés Otro (indicar): _____
Teléfono: _____ Mejor horario para comunicarse con usted: Mañana Tarde Noche
 Casa Celular Se pueden dejar mensajes detallados
Persona de contacto alternativo: _____ Teléfono: _____ Parentesco: _____

2. Información de seguro

Adjunte copias del anverso y el reverso de todas las tarjetas de seguro médico y farmacia

¿El paciente tiene seguro? No Sí Seguro primario: _____ Teléfono del seguro: _____
Núm. de identificación de la póliza: _____ Núm. de grupo: _____ Núm. Rx BIN: _____ Núm. Rx PCN: _____
Nombre del titular de la póliza (Primer nombre, Apellido): _____ Parentesco del titular de la póliza con el paciente: _____

3. Servicios de apoyo solicitados por el paciente

Todos los servicios de apoyo incluyen Apoyo de reembolso total, Apoyo de enfermería, Tarjeta de cupones de copago/Información sobre fundación independiente, QuickStart y Derivación a PAP.

Todos los servicios de apoyo

Si no se necesitan todos los servicios de apoyo, indique el tipo de apoyo específico que se necesita:

- Tarjeta de cupones de copago/Información sobre fundación independiente
- Programa de apoyo de enfermería
- Derivación a Programa de asistencia al paciente

4. Farmacia de preferencia

Despacho en el lugar

Farmacia especializada de preferencia:

Accredo Avella Biologics Diplomat Onco360

He enviado una receta a la farmacia

Necesito que AccessConnect envíe la receta a la farmacia

5. Información de diagnóstico y prescripción

Producto de venta con receta en farmacia: ZYDELIG _____ Dosis: 150 mg por vía oral, dos veces al día 100 mg por vía oral, dos veces al día
Línea de terapia: 2L 3L 4L Otra: _____ Cantidad: _____ Días de suministro: _____ Resurtidos: _____
Diagnóstico (Código ICD-10): _____

Los pacientes que experimenten demoras en la cobertura de seguro superiores a 5 días pueden ser elegibles para QuickStart. QuickStart se administra en dosis de 150 mg por vía oral, dos veces al día. Los pacientes elegibles recibirán 60 comprimidos para un suministro de 30 días. Complete las autorizaciones para QuickStart.

Instrucciones adicionales: _____

6. Información sobre el médico prescriptor y Certificado de declaración de necesidad médica

Nombre del médico prescriptor (Nombre, Apellido): _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____
Nombre del centro/consultorio: _____
Especialidad: _____ Núm. de NPI: _____ Núm. de licencia estatal: _____
Contacto clínico/médico: _____ Teléfono: _____
Contacto de reembolso: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Consulte la información de prescripción completa, lo que incluye el **RECUADRO DE ADVERTENCIA** en zydelig.com.



GILEAD, el logotipo de GILEAD, ZYDELIG, el logotipo de ZYDELIG y AccessConnect son marcas comerciales registradas de Gilead Sciences, Inc., o de alguna de sus empresas vinculadas. ©2018 Gilead Sciences, Inc. Todos los derechos reservados. ZYDP0561 04/18

Al firmar este formulario, certifico que estoy recetando el medicamento de Gilead para el paciente identificado en la Sección 1. Certifico que este medicamento de venta con receta es médicamente necesario para el paciente y se lo usará según las indicaciones. Certifico que estaré a cargo de supervisar los tratamientos del paciente y confirmo que la información proporcionada es completa y precisa a mi leal saber y entender. Acepto que no intentaré obtener reembolso por ningún medicamento de Gilead que se despache al paciente a través del Programa de asistencia al paciente (PAP) AccessConnect o de ningún otro programa del gobierno o tercero asegurador.

Certifico que he recibido la correspondiente autorización por escrito del paciente, de conformidad con la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros Médicos de 1996, las leyes estatales de salud pertinentes y todo otro requerimiento aplicable, para divulgar la información médica y personal del paciente a Gilead y a sus agentes o contratistas a los fines de: 1) verificar la cobertura de seguro del paciente y su elegibilidad para recibir los beneficios; 2) obtener autorización previa en caso de que sea necesaria a nombre del paciente; 3) brindar asistencia financiera, apoyo y servicios de derivación según sea necesario; 4) facilitar el despacho del medicamento recetado al paciente; 5) establecer contacto con el paciente a fin de ofrecerle materiales informativos sobre el medicamento recetado o evaluar la eficacia de AccessConnect o el Programa de asistencia al paciente (PAP); y 6) cumplir con los propósitos comerciales internos de Gilead. Autorizo a Gilead a enviar esta receta a la farmacia correspondiente indicada por el paciente utilizando su plan de beneficios.

Firma del médico prescriptor (no se aceptan sellos): _____

Fecha: _____

Despáchese como se indica por escrito

7. Autorizaciones del Programa QuickStart

El programa QuickStart ofrece a los pacientes elegibles 1 frasco gratis que incluye una provisión para 30 días de comprimidos de 150 mg de ZYDELIG. La participación del paciente en el Programa QuickStart no implica ninguna obligación de compra. Se requiere un período de verificación de seguro de 5 días hábiles como mínimo para que los pacientes reúnan los requisitos para participar en el Programa QuickStart. Para participar, los pacientes deben tener una receta de ZYDELIG para una indicación autorizada que sea coherente con la ficha técnica de ZYDELIG aprobada por la FDA y estar inscritos en el Programa ZYDELIG AccessConnect. El producto gratuito para el Programa QuickStart solo estará disponible a través de la Farmacia especializada de QuickStart. Los pacientes que reciban el producto de forma gratuita a través del Programa QuickStart no pueden solicitar reembolso o crédito por esta receta de ningún seguro, plan de salud o programa del gobierno.

En el caso de pacientes miembros de un plan Medicare Parte D, no puede contabilizarse esta receta, ni ningún costo asociado con ella, como parte de los costos de bolsillo para medicamentos recetados. Un período de extensión más allá de la provisión inicial de 30 días se limita a los pacientes con seguros comerciales y requiere aprobación individual.

Al firmar a continuación, certifico que si recibo el producto de forma gratuita a través del Programa QuickStart no solicitaré reembolso o crédito por esta receta de ningún seguro, plan de salud o programa del gobierno. Si soy miembro de un plan Medicare Parte D, no intentaré contabilizar esta receta ni ningún costo asociado con ella como parte de mis costos de bolsillo para medicamentos recetados.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Al firmar a continuación, certifico que esta receta es para una indicación autorizada por la FDA y el paciente no ha comenzado todavía el tratamiento con ZYDELIG. Leo y comprendo los términos y las condiciones del programa QuickStart y acepto que no intentaré obtener reembolso por ningún medicamento de Gilead que se suministre al paciente a través del Programa QuickStart de ningún programa del gobierno o tercero asegurador.

Nombre del médico prescriptor: _____

Firma del médico prescriptor (no se aceptan sellos): _____

Fecha: _____

8. Solicitud para el Programa de asistencia al paciente (PAP) de Gilead

Número de teléfono: 1-855-536-7102 Número de fax: 1-855-850-3007

Ingresos anuales actuales del grupo familiar: \$ _____ Número de personas del grupo familiar: 1 2 3 4 5 6 _____

Cuatro últimos dígitos de su Número de Seguridad Social: _____

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud, lo que incluye los ingresos del grupo familiar, es completa y precisa. Comprendo que el programa de asistencia finalizará en caso de que el programa tome conocimiento de cualquier tipo de fraude o que ya no me receten este medicamento. Comprendo que el hecho de completar esta solicitud no es garantía de que yo reúna los requisitos para recibir asistencia al paciente. Si recibo el producto a través del PAP, certifico que no solicitaré reembolso o crédito por esta receta de ningún seguro, plan de salud o programa del gobierno. Si soy miembro de un plan Medicare Parte D, no intentaré contabilizar esta receta ni ningún costo asociado con ella como parte de mis costos de bolsillo para medicamentos recetados. Comprendo que el PAP se reserva el derecho de modificar el formulario de solicitud, modificar o suspender este programa o poner fin a la asistencia en cualquier momento y sin previo aviso. Autorizo al PAP y a su administrador a enviar esta receta a una farmacia distribuidora en mi nombre.

Autorizo a Gilead y a su administrador externo a usar la información proporcionada en este formulario para obtener un informe crediticio personal sobre mi persona a fin de verificar la información contenida en este formulario y determinar mi elegibilidad para el PAP.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Al firmar a continuación, certifico que estoy recetando el medicamento de Gilead para el paciente identificado; que este medicamento de venta con receta está médicamente indicado para el paciente y que se lo usará según las indicaciones. Certifico que estaré a cargo de supervisar el tratamiento del paciente y confirmo que la información proporcionada es completa y precisa a mi leal saber y entender. Acepto que no intentaré obtener reembolso por ningún medicamento de Gilead que se despache al paciente a través del Programa de asistencia al paciente (PAP) de ningún programa del gobierno o tercero asegurador.

Nombre del médico prescriptor: _____

Firma del médico prescriptor (no se aceptan sellos): _____

Fecha: _____

Consulte la información de prescripción completa, lo que incluye el **RECUADRO DE ADVERTENCIA** en zydellig.com.

9. Autorizaciones del paciente

Comprendo que debo completar este formulario de inscripción antes de poder recibir asistencia a través del Programa Access Connect (el "Programa") y del Programa de asistencia al paciente (el "PAP") de Gilead Sciences, Inc. Como parte de este proceso, Gilead y sus agentes y contratistas (denominados conjuntamente "Gilead") necesitarán obtener, revisar, usar y divulgar mi información médica y personal como se describe a continuación. Por el presente autorizo a mis proveedores de atención médica y planes de salud a compartir con Gilead mi información médica y personal en conexión con el Programa y/o el PAP como se describe a continuación y de conformidad con esta autorización. Asimismo, autorizo a Gilead a usar y divulgar dicha información conforme a esta autorización.

Información que podrá divulgarse: La información personal de salud ("IPS"), lo que incluye información sobre mi persona (por ejemplo, mi nombre, domicilio postal, información financiera e información de seguro), mis trastornos médicos pasados, presentes y futuros (lo que incluye información sobre mi tratamiento con este medicamento recetado y el trastorno médico relacionado) y toda la información proporcionada en este formulario de inscripción.

Personas autorizadas a compartir mi información: Mis proveedores de atención médica, lo que incluye cualquier farmacia que despache mi medicamento recetado y cualquier plan o programa de salud que me brinde beneficios de atención médica. Entiendo que mis proveedores farmacéuticos podrían recibir una compensación por la divulgación de mi IPS conforme a esta autorización.

Personas con quienes podría compartirse mi información: Gilead, incluido el administrador externo responsable de la administración del Programa y del PAP.

Propósitos de la divulgación: Podría compartirse mi IPS con Gilead de modo que Gilead pueda usar y divulgar la IPS a los fines de: 1) completar el proceso de inscripción y verificar mi formulario de inscripción; 2) determinar mi elegibilidad para recibir beneficios de mi plan de salud u otros programas; 3) brindar asistencia financiera, apoyo, servicios de derivaciones, recordatorios de cumplimiento y apoyo y comunicarse con mis proveedores de atención médica, para, entre otros propósitos, facilitar el suministro de mi medicamento recetado; 4) ponerse en contacto conmigo para evaluar la eficacia del Programa y/o el PAP; 5) cumplir con los propósitos comerciales internos de Gilead, lo que incluye las encuestas de control de calidad y las encuestas tendientes a la mejora del servicio.

Comprendo que, una vez que mi IPS se haya divulgado conforme a esta autorización, las leyes de privacidad federales podrían dejar de restringir su uso y divulgación. Comprendo asimismo que puedo negarme a firmar esta autorización y que en dicho caso, mi elegibilidad para recibir los beneficios del plan de salud y obtener servicios de atención médica de mis proveedores de salud no cambiará. Sin embargo, no tendré acceso a los servicios que ofrece AccessConnect y/o el PAP. También puedo cancelar mi permiso en cualquier momento escribiendo una carta a Gilead y enviándola por fax al 1-855-553-8672 o por teléfono al 1-844-622-2377. En caso de cancelación, Gilead dejará de usar esta autorización para obtener, usar o divulgar mi IPS después de la fecha de cancelación. Sin embargo, la cancelación no afectará las instancias de uso o de divulgación de mi IPS que ya hayan tenido lugar conforme a esta autorización antes de la fecha de cancelación. Tengo derecho a recibir una copia firmada de esta autorización, la cual caduca en un plazo de diez (10) años a partir de la fecha en que la firme u otro plazo de tiempo requerido por las leyes del estado en el que resido, cualquiera sea el menor.

Al marcar este casillero, acepto recibir información promocional sobre ofertas, material informativo e investigación de mercado en relación con mi enfermedad, tratamiento y/o medicamento recetado. También acepto participar en cualquier futuro programa de marketing de relaciones con el cliente, de ser solicitado.

Asegúrese de que este formulario esté completo en su totalidad y firme con su nombre en esta sección antes de enviarlo.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Consulte la información de prescripción completa, lo que incluye el **RECUADRO DE ADVERTENCIA** en zydellig.com.

