

ZYDELIG AccessConnect es un recurso central con herramientas diseñadas para ayudar a todos los pacientes, sin importar su necesidad económica, a familiarizarse con las ofertas de terapia y asistencia. Para inscribir a sus pacientes en ZYDELIG AccessConnect, envíe por fax este Formulario de inscripción completo a ZYDELIG AccessConnect, al 1-855-553-8672.

1. Información del paciente

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido): _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____ Sexo: Masculino Femenino
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Correo electrónico: _____ Idioma: Inglés Otro (por favor, indicar): _____
Teléfono: _____ Mejor hora para contactarlo: Mañana Tarde Noche
 Casa Celular Está bien dejar mensajes detallados
Contacto alternativo: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

2. Información de seguro

Por favor adjunte copias de ambos lados de todas las tarjetas de seguro médico y de farmacia

¿Está asegurado el paciente? No Sí Seguro primario: _____ Teléfono del seguro: _____
Número de identificación de póliza: _____ Número de grupo: _____ Número de Rx BIN: _____ Número de Rx PCN: _____
Nombre del titular de la póliza (primer nombre, apellido): _____ Relación del titular de la póliza con el paciente: _____

3. Ofertas de asistencia para el paciente que se han solicitado

Todas las ofertas de asistencia incluyen Apoyo para reembolso completo, Apoyo de enfermería, Tarjeta de cupón para copago, Información sobre fundaciones independientes, QuickStart y Derivación al programa de asistencia al paciente. Si no requiere todas las ofertas de asistencias, por favor identifique la asistencia específica que necesita:
 Todas las ofertas de asistencia
 Tarjeta de cupón para copago o Información sobre fundaciones independientes
 Programa de Apoyo de enfermería
 Derivación al programa de asistencia al paciente

4. Preferencia de farmacia

Dispensa en el lugar
Farmacia especializada preferida: Accredro OptumRx Biologics CVS Specialty Onco360
 He enviado una receta a la farmacia
 Necesito que AccessConnect envíe la receta a la farmacia

5. Información de diagnóstico y receta

Producto de receta farmacéutica: 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 Otro: _____ Cantidad: _____ Provisión diaria: _____ Resurtido: _____
Diagnóstico (código ICD-10): _____

Los pacientes que experimenten demoras con el seguro de más de 5 días podrían ser elegibles para QuickStart. La dosis de QuickStart es de 150 mg por vía oral, dos veces al día. Los pacientes elegibles recibirán 60 tabletas para una provisión de 30 días. Por favor, complete las autorizaciones de QuickStart.

Instrucciones adicionales: _____

6. Información del prescriptor y Certificado de declaración de necesidad médica

Nombre del prescriptor (primer nombre, apellido): _____
Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____
Nombre de la Institución/Consultorio: _____
Especialidad: _____ Número de NPI: _____ Número de Licencia estatal: _____
Contacto clínico/médico: _____ Teléfono: _____
Reimbursement Contact: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Al firmar este formulario, certifico que estoy recetando un medicamento de Gilead para el paciente identificado en la Sección 1. Certifico que este medicamento con receta es médicamente necesario para el paciente y que será usado como se indica. Certifico que estaré supervisando los tratamientos del paciente y verifico que la información proporcionada es completa y exacta a mi leal saber y entender. Acepto que no solicitaré reembolso por ningún medicamento de Gilead que se dispense al paciente a través del Programa de Asistencia al Paciente (PAP) de ZYDELIG o de ningún programa gubernamental o asegurador externo.

Certifico que he recibido la autorización escrita adecuada por parte del paciente, de conformidad con la Ley de transferencia y responsabilidad de los seguros médicos de 1996, las leyes estatales de privacidad de información de salud aplicables y cualquier otro requerimiento que corresponda, a fin de divulgar la información personal y médica del paciente a Gilead y sus agentes y contratistas para propósitos de: 1) verificar la cobertura de seguro del paciente y su elegibilidad para beneficios; 2) solicitar autorización previa si es necesario a nombre del paciente; 3) proporcionar asistencia económica, apoyo y apoyo de derivación según sea necesario; 4) facilitar la provisión al paciente de su medicamento recetado; 5) contactar al paciente con materiales educativos sobre el medicamento con receta del paciente o para evaluar la efectividad de AccessConnect o del Programa de Asistencia al Paciente, y 6) para propósitos empresariales internos de Gilead. Autorizo a Gilead a transmitir esta receta a la farmacia adecuada, designada por el paciente, utilizando su plan de beneficios.

Firma del prescriptor - OBLIGATORIO - (no se permite sellos): _____

Fecha: _____

DISPENSAR SEGÚN INSTRUCCIONES

Por favor, consulte la [Información de prescripción](#) completa, incluyendo el **RECUADRO DE ADVERTENCIA** en ZYDELIG.com.



Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido): _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____

7. Autorizaciones del Programa de QuickStart

El Programa de QuickStart provee a los pacientes que cumplen los requisitos un envase gratuito que incluye una provisión para 30 días de tabletas de 150 mg de ZYDELIG. No hay obligación de compra en virtud de la participación de un paciente en el Programa de QuickStart. Se requiere un periodo mínimo de cinco días para la verificación del seguro a fin de que los pacientes sean elegibles para el Programa de QuickStart. Los pacientes deben tener una receta de uso aprobado para ZYDELIG, congruente con la etiqueta aprobada por la FDA para ZYDELIG, y deben estar inscritos en el Programa ZYDELIG AccessConnect para cumplir los requisitos. Los productos gratuitos para el Programa de QuickStart estarán disponibles solamente a través de la Farmacia especializada de QuickStart. Los pacientes que reciben productos gratuitos bajo el Programa de QuickStart no podrán solicitar reembolso ni crédito por esta receta de parte de ninguna aseguradora, plan de salud o programa gubernamental.

Para todo paciente que sea miembro de un plan de Medicare Parte D, esta receta, o cualquier costo asociado con ella, no podrá contarse como parte de sus gastos de bolsillo para medicamentos con receta. Un periodo de extensión más allá de la provisión inicial de 30 días se limita a pacientes comercialmente asegurados y se requiere aprobación individual.

Al firmar a continuación, si recibo productos gratuitos a través del Programa de QuickStart, certifico que no solicitaré reembolso o crédito por esta receta de parte de ninguna aseguradora, plan de salud o programa gubernamental. Si soy miembro de un plan de Medicare Parte D, no solicitaré que esta receta, o cualquier costo asociado con ella, cuente como parte de mis gastos por cuenta propia para medicamentos con receta.

Nombre del paciente/representante del paciente: _____ Relación con el paciente: _____

Firma del paciente/representante del paciente: _____ Fecha: _____

Al firmar a continuación, certifico que esta receta es de uso aprobado y que el paciente aún no ha iniciado el tratamiento con ZYDELIG. Leí y entiendo los términos y condiciones del Programa de QuickStart, y acepto que no solicitaré reembolso por ningún medicamento de Gilead que se dispense al paciente a través del Programa de QuickStart de parte de ningún programa gubernamental o asegurador externo.

Nombre del prescriptor: _____

Firma del prescriptor (no se permite sellos): _____ Fecha: _____

8. Solicitud para el Programa de Asistencia al Paciente (PAP) de Gilead

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

Ingreso promedio familiar anual actual: \$ _____ Número de personas en el hogar: 1 2 3 4 5 6 _____

Número de seguro social: _____ ¿Es usted residente de los EE. UU.? Sí No

Por favor, incluya la documentación actual para todas las fuentes de ingresos (p. ej., la declaración de impuestos más reciente, W2, los dos últimos recibos de pago, 1099, carta de concesión de ingreso de seguridad suplementario, etc.). Si el ingreso promedio familiar del paciente es \$0, indique cómo se mantiene el paciente: _____

Se requiere el número de seguro social completo del paciente para una revisión de historial crediticio "suave" (sin afectar el puntaje). Este campo será opcional. Si se deja en blanco, PAP podrá hacer seguimiento con el paciente.

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud, incluyendo el ingreso promedio familiar, es completa y exacta. Entiendo que la asistencia del programa concluirá si el programa tiene conocimiento de fraude o si se me deja de recetar este medicamento. Entiendo que completar esta solicitud no asegura que cumpla los requisitos para recibir asistencia al paciente. Si recibo productos a través del PAP, certifico que no solicitaré reembolso o crédito por esta receta de parte de ninguna aseguradora, plan de salud o programa gubernamental. Si soy miembro de un plan de Medicare Parte D, no solicitaré que esta receta, o cualquier costo relacionado con ella, cuente como parte de mis gastos de bolsillo para medicamentos con receta. Entiendo que PAP se reserva el derecho de modificar el formulario de solicitud, modificar o discontinuar este programa, o cancelar la asistencia en cualquier momento y sin aviso. Autorizo al PAP y a su administrador a reenviar esta receta a una farmacia que dispensa, a mi nombre. **Autorizo a Gilead y su administrador externo a usar la información proporcionada en este formulario para obtener un informe crediticio sobre mí, para verificar la información de este formulario y determinar mi elegibilidad para el PAP.**

Nombre del paciente/representante del paciente: _____ Relación con el paciente: _____

Firma del paciente/representante del paciente: _____ Fecha: _____

(OBLIGATORIO SOLO SI POSTULA AL PAP)

Al firmar a continuación, certifico que estoy recetando un medicamento de Gilead para el paciente identificado y certifico que este medicamento con receta es medicamento necesario para el paciente y que será usado como se indica. Certifico que estaré supervisando el tratamiento del paciente y verifico que la información proporcionada es completa y exacta a mi leal saber y entender. Acepto que no solicitaré reembolso por ningún medicamento de Gilead que se dispense al paciente a través del Programa de Asistencia al Paciente (PAP) u otro programa gubernamental o asegurador externo.

Nombre del prescriptor: _____

Firma del prescriptor (no se permite sellos): _____ Fecha: _____

(OBLIGATORIO SOLO SI POSTULA AL PAP)

Por favor, consulte la [Información de prescripción](#) completa, incluyendo el **RECUADRO DE ADVERTENCIA** en ZYDELIG.com.

Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido): _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____

9. Autorizaciones de paciente

Entiendo que debo completar este formulario de inscripción antes de que pueda recibir asistencia a través de AccessConnect, de Gilead Sciences, Inc. ("Programa") y el Programa de Asistencia al Paciente ("PAP"). Como parte de este proceso, Gilead y sus agentes y contratistas (colectivamente, "Gilead") necesitarán obtener, revisar, usar y divulgar mi información personal y médica tal como 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, tal como se describe a continuación, a Gilead, en conexión con el Programa y/o el PAP, todo de conformidad con esta autorización, y autorizo a Gilead a usar y divulgar la información de conformidad con la autorización.

Información por divulgarse: Información de salud personal ("PHI", por sus siglas en inglés), incluyendo información sobre mí (por ejemplo, mi nombre, dirección de correo, información financiera e información de seguro), información sobre mi salud, como por ejemplo mi condición médica actual y futura (incluyendo información sobre mi tratamiento con este medicamento con receta y la condición médica relacionada), y toda la información proporcionada en este formulario de inscripción.

Personas autorizadas para divulgar mi información: Mis proveedores de atención médica, incluyendo toda farmacia que provea mi medicamento con receta y todo plan o programa de salud que me proporcione beneficios de atención médica. Entiendo que mis proveedores farmacéuticos podrían recibir remuneración por divulgar mi PHI de conformidad con esta autorización.

Personas a quienes mi información puede ser divulgada: Gilead, incluyendo el administrador externo responsable de la administración del Programa y del PAP.

Propósitos para los cuales se realizará la divulgación: Podrán hacerse divulgaciones de PHI a Gilead, para que Gilead pueda usar y divulgar la PHI a fines de: 1) completar el proceso de inscripción y verificar mi formulario de inscripción, incluyendo, por ejemplo, confirmar mi identidad y mi uso o uso potencial de este medicamento con receta y recetado a través de mi relación con el prescriptor identificado en la Sección 6; 2) establecer mi elegibilidad para beneficios de mi plan de salud u otros programas; 3) proporcionar asistencia económica y apoyo para reembolso, si cumplo con los requisitos, y proporcionar otro apoyo aplicable, incluyendo, por ejemplo, información sobre recursos externos que puedan proporcionarme asistencia; 4) comunicarse con mis proveedores de atención médica, incluyendo, por ejemplo, verificar mi inscripción y facilitar que se me provea mi medicamento con receta; 5) contactarme para evaluar la efectividad del Programa y/o del PAP; 6) propósitos empresariales internos de Gilead, incluyendo control de calidad; 7) propósitos de auditoría y conformidad, incluyendo, por ejemplo, revisiones de caso y encuestas para mejoramiento de apoyo; 8) enviarme información de marketing, ofertas y materiales educativos relacionados con mi enfermedad, tratamiento y/o mi medicamento con receta, incluyendo el programa de marketing de relaciones con el cliente (este uso de mi información personal es OPCIONAL y al marcar el siguiente casillero podría suscribirme voluntariamente). Entiendo que una vez que mi PHI haya sido divulgada en virtud del presente, las leyes federales de privacidad ya no podrían restringir su uso o divulgación.

Entiendo además que podría rehusarme a firmar esta autorización y que si me rehúso, mi elegibilidad para beneficios de plan de salud o mi capacidad para obtener tratamiento de mis proveedores de atención médica no cambiará, pero no tendré acceso al apoyo ofrecido por AccessConnect y/o el PAP. También entiendo que puedo también cancelar esta autorización en cualquier momento, **escribiendo una carta a Gilead o enviando un fax al 1-855-553-8672 o llamando al 1-844-622-2377**. Si 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 PHI que ya se hayan realizado de conformidad con esta autorización antes de la fecha de cancelación. Tengo derecho a una copia de esta autorización firmada, que expira a diez años de la fecha en que es firmada por mí o el período de tiempo requerido bajo las leyes del estado en el cual resido, lo que ocurra primero.

Por favor, consulte la [Información de prescripción completa](#), incluyendo el **RECUADRO DE ADVERTENCIA** en ZYDELIG.com.

ZYDELIG® AccessConnect® Enrollment Form

Lunes a viernes, 8 AM a 5 PM, hora del Este Teléfono 1-844-6ACCESS (1-844-622-2377) Fax 1-855-553-8672 www.ZYDELIGAccessConnect.com



Nombre del paciente (primer nombre, segundo nombre, apellido): _____ Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____

9. Autorizaciones de paciente

(OPCIONAL) Al marcar este casillero, acepto recibir información de marketing sobre ofertas, materiales educativos e investigación de mercado relacionada con mi enfermedad, tratamiento y/o mis medicamentos con receta. También acepto participar en todo futuro programa de marketing de relación con el cliente, si se me lo solicita.

Asegúrese de completar este formulario en su totalidad y firme su nombre en esta sección antes de presentarlo.

Nombre del paciente/representante del paciente (OBLIGATORIO): _____ Relación con el paciente: _____

Firma del paciente/representante del paciente (OBLIGATORIO): _____ Fecha: _____

Por favor, consulte la [Información de prescripción completa](#), incluyendo el **RECUADRO DE ADVERTENCIA** en ZYDELIG.com.



GILEAD, el logo de GILEAD, ZYDELIG, el logo de ZYDELIG y AccessConnect son marcas registradas de Gilead Sciences, Inc., o una de sus compañías relacionadas. Todas las demás marcas registradas a las que se hace referencia en este documento son la propiedad de sus respectivos dueños. ©2021 Gilead Sciences, Inc. Todos los derechos reservados. ZYDP0672 08/21