



Solicitud para el Programa de asistencia al paciente, excepto vacunas, de GSK

Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, llame al 1-866-728-4368.

El Programa de asistencia al paciente de GSK proporciona determinados medicamentos de GSK sin ningún costo a los solicitantes elegibles. La elegibilidad se basa en los ingresos familiares y el estado del seguro. Los residentes de los Estados Unidos, el Distrito de Columbia y Puerto Rico, pueden ser elegibles para recibir medicamentos a través de este programa. Tenga en cuenta que este programa no constituye un seguro médico.

- ✓ **Complete todas las secciones requeridas de la solicitud.** Una solicitud incompleta demorará el procesamiento.
- ✓ **Firme y feche la última hoja de la solicitud.**
- ✓ **Envíe lo siguiente por fax o correo:**
 - ◆ **Solicitud completada y firmada.**
 - ◆ **Receta firmada.** Receta(s) original(es) firmada(s) para el (los) medicamento(s) de GSK escrita de manera adecuada desde el punto de vista médico.
 - Nota: Las recetas enviadas por fax solo se aceptarán como válidas si son enviadas directamente desde un consultorio médico y están acompañadas por una carátula de fax.
 - ◆ **Los solicitantes de la Parte D de Medicare también deben enviar lo siguiente:**
 - **Comprobante de que han gastado \$600 del propio bolsillo en medicamentos con receta.**

La documentación incluye todas las páginas de la más reciente declaración del plan de fármacos con receta de la Parte D de Medicare (Explicación de beneficios [Explanation of Benefits, EOB]) que indica que el paciente ha pagado un total de \$600 por recetas en el presente año calendario. Si la declaración no está disponible, llame al Programa de asistencia al paciente (Patient Assistance Program, PAP) de GSK al 1-866-728-4368 a fin de obtener ayuda para identificar otras fuentes de comprobantes.

Nota: Los gastos de recetas no deben incluir las primas ni los gastos mensuales de los miembros de la familia.
 - **Una copia de su tarjeta de fármacos con receta de la Parte D de Medicare. No envíe la(s) tarjeta(s) original(es).**
- ✓ Conserve una copia de la solicitud y de todos los documentos como constancia.
- ✓ **No envíe los documentos originales ya que no se devolverán.**

RECORDATORIO

- **Se deben completar todas las secciones requeridas de la solicitud (consulte arriba).**
- **La solicitud se debe firmar y fechar.**
- **Se requiere una receta válida para todas las solicitudes.**

Programa de asistencia al paciente de GSK

PO Box 220590, Charlotte, NC 28222-0590

Teléfono: 1-866-728-4368 Fax: 1-855-474-3063

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este



Nombre del paciente: _____ Identificación del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sección 1: Información del solicitante (Se requiere)

Nombre (Nombre): _____ (Apellido): _____ (M.I.): _____ Sexo: M F

Dirección de correo postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Número de seguro social: _____

Tamaño de la familia: _____ Ingresos familiares anuales actuales: \$ _____

¿Tiene el solicitante algún tipo de cobertura para fármacos con receta? Sí No

En caso afirmativo, verifique el (los) tipo(s) de cobertura que tiene el paciente:

Parte A/B de Medicare Parte D de Medicare Medicaid Empleador Mercado/Intercambio Privado Mi Salud
Otro _____

Alergias a los medicamentos: ¿Tiene alguna alergia conocida a los medicamento? Sí No

En caso afirmativo, detalle toda alergia conocida a los medicamentos: _____

Afecciones médicas: ¿Tiene alguna afección médica conocida? Sí No

En caso afirmativo, detalle toda afección médica conocida: _____

Sección 2: Personas autorizadas (opcional)

Para el solicitante: Si desea otorgar su permiso a GSK para que otras personas (es decir, hijo adulto, padre/madre, amigo) lleven a cabo actividades comerciales en su nombre, escriba los nombres aquí, en letra de imprenta. Tenga en cuenta lo siguiente: Estas personas se agregan a un tutor legal o un defensor autorizado quienes ya pueden estar incluidas en esta solicitud. **NOTA: Asegúrese de que todo aquel que deba poder actuar en su nombre, figure en la solicitud, ya sea una persona o un defensor con autorización. De otro modo, el Programa de asistencia al paciente de GSK no podrá divulgar información a ninguna otra persona que no sea el solicitante.**

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

Para evitar demoras en el procesamiento, no olvide firmar y fechar la última hoja de esta solicitud.

Programa de asistencia al paciente de GSK

PO Box 220590, Charlotte, NC 28222-0590

Teléfono: 1-866-728-4368 Fax: 1-855-474-3063

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este



Nombre del paciente: _____ Identificación del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sección 3: Dirección de envío

(Completar **SOLO** si es distinta de la dirección de envío que figura en la Sección 1)

Nombre del destinatario o del negocio: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____ - _____ Número de fax: (_____) _____ - _____

Relación específica del destinatario con el solicitante: El mismo Defensor (debe completar la información del defensor en la Sección 4)

Médico prescriptor Otro (especifique la relación) _____

Sección 4: Información del defensor (opcional)

Registrar en www.GSKPatientAssistanceProgramPortal.com

N.º de identificación del defensor: _____ Nombre del centro: _____

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono principal: (_____) _____ - _____ Número de fax: (_____) _____ - _____

Mediante mi firma, certifico que, a mi leal saber y entender, la información que se encuentra en esta solicitud es correcta y está completa. No tengo conocimiento ni tengo la intención de vender, intercambiar ni proporcionar este producto a ninguna persona que no sea el solicitante para quien ha sido recetado. No tengo conocimiento de que el solicitante no tenga beneficio alguno del seguro médico/para recetas para el (los) producto(s) farmacéutico(s) indicado(s), incluidos Medicaid u otros programas públicos que no sean los indicados, y de que el solicitante tenga recursos financieros insuficientes para pagar la terapia prescrita.

Firma del defensor: _____ Fecha: _____

(Se requiere la firma original. No se acepta la firma mediante sello)

Si es un proveedor de atención médica y tiene un paciente que necesita ayuda con una vacuna, visite www.gskforyou.com o www.gskpatientassistanceprogramportal.com a fin de obtener una solicitud para vacunas. También puede llamarnos al 1-866-728-4368 para solicitar que le enviemos uno por fax a su oficina.

Programa de asistencia al paciente de GSK

PO Box 220590, Charlotte, NC 28222-0590

Teléfono: 1-866-728-4368 Fax: 1-855-474-3063

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este



Nombre del paciente: _____ Identificación del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sección 5: Certificación del paciente (Se requiere)

Mediante mi firma, autorizo a GSK, así como también a Lash Group y a cualquier otra compañía que GSK use para administrar el Programa de asistencia al paciente de GSK (GSK PAP (el "programa")) a realizar lo siguiente:

- 1) Usar cualquier información que yo proporcione en mi solicitud con el fin de ayudarme a recibir los productos de GSK según el programa o a administrar el programa.
- 2) Recibir y conservar registros de todas las recetas para los medicamentos que reciba según el programa, los cuales se usarán para administrar el programa.
- 3) Comunicarse con mi médico, proveedor de atención médica o farmacéutico acerca de mi solicitud para el programa y divulgarles la información contenida en mi solicitud a fin de ayudarme a recibir los productos de GSK según el programa y garantizar que se satisfagan las directrices del programa.
- 4) Solicitar información de mi aseguradora, médico, proveedor de atención médica o farmacéutico acerca de los medicamentos con receta que reciba o recibiré según el programa y acerca de mi afección médica. Esta información solo se usará para determinar mi elegibilidad para el programa y para administrar el programa.
- 5) Comunicarse con mi aseguradora, otras posibles fuentes de financiación, incluidos los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid, trabajadores sociales u organizaciones para la defensa del paciente, en mi nombre a fin de determinar si soy elegible para una cobertura de seguro médico u otros recursos, y divulgarles la información contenida en mi solicitud o información sobre mis medicamentos con receta y mi afección médica, lo cual ha sido proporcionado por mi médico, proveedor de atención médica o farmacéutico.
- 6) Divulgar cualquier información obtenida de las fuentes detalladas arriba a terceros, si así lo exige la ley.
- 7) Autorizar a GSK PAP y sus administradores para obtener un informe del consumidor sobre mí. Mi informe del consumidor y la información derivada de fuentes públicas y de otra naturaleza se usarán para calcular mis ingresos como parte del proceso para decidir si soy elegible para recibir medicamentos gratis de GSK PAP. A solicitud, GSK PAP me proporcionará el nombre y la dirección de la agencia de informes de consumidores que proporciona el informe del consumidor.
- 8) Solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento, aunque ya esté inscrito, para que puedan decidir si la información en este formulario está completa y es verdadera.

Comprendo que GSK no cobra un cargo por participar en los programas. Si he usado un tercero que cobra un cargo por ayudarme con mi formulario de inscripción o el reabastecimiento de mis medicamentos, GSK no paga este dinero. Comprendo que esta autorización para revelar y divulgar información médica permanecerá en vigencia en tanto participe en el programa y durante un período de 7 años después de que finalice mi participación en el programa. Comprendo que mis proveedores de atención médica no condicionarán mi tratamiento médico respecto de mi acuerdo para firmar esta autorización para revelar y divulgar información médica. También comprendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, llamando al 1-866-728-4368 y enviando una declaración por escrito de mi revocación al programa. Tal revocación pondría fin a mi elegibilidad para participar en el programa.

La revocación de esta autorización prohibirá divulgaciones después de la fecha en que se reciba la revocación por escrito, excepto en la medida en que se haya llevado a cabo una acción respecto de mi autorización. Comprendo que una vez que la información médica sobre mi se haya divulgado respecto de esta autorización, es posible que tal información ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad y pueda volver a divulgarse. Certifico que el producto recibido de GSK PAP es para mi propio uso y no se venderá, intercambiarán ni se entregará a ninguna otra persona. Certifico que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada en esta solicitud está completa y es precisa, y acepto notificar a GSK de cualquier cambio en mi elegibilidad para el seguro o en mi estado financiero.

Firma del paciente o del tutor legal: _____ Fecha: _____

(Se requiere la firma original.)

Nombre en letra de imprenta (si no es el del solicitante): _____

Relación (si no es el solicitante): _____

¿SE ACORDÓ DE LO SIGUIENTE?



- **Completar la Sección 1 en su totalidad.**
- **Firmar y fechar la última hoja de la solicitud.**
- **Incluir una receta del medicamento que está solicitando.**
- **Enviar una copia de su comprobante de gasto y la tarjeta de identificación de la Parte D. (Solo para solicitudes de la Parte D)**

¡UNA SOLICITUD INCOMPLETA DARÁ LUGAR A DEMORAS EN EL PROCESAMIENTO!