GSK Patient Assistance Program
PO Box 220590, Charlotte, NC 28222-0590
Teléfono: 1-866-728-4368, Fax: 1-855-474-3063
De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este

GSK

Solicitud no relacionada con la vacunación para el programa Patient Assistance Program de GSK

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

El programa Patient Assistance Program de GSK proporciona ciertos medicamentos de GSK sin costo alguno para los solicitantes elegibles. La elegibilidad es según los ingresos familiares y el estado del seguro. Es posible que los residentes de los Estados Unidos, el Distrito de Columbia y Puerto Rico sean elegibles para recibir medicamentos gracias al programa. Tenga en cuenta que este programa no constituye un seguro médico.

- ☐ **Complete todas las secciones obligatorias de la solicitud.** Si la solicitud está incompleta, el procesamiento se retrasará.
- ☐ **Firme y feche la última página de la solicitud.**
- ☐ **Envíe lo siguiente por fax o correo postal:**
  - **Solicitud completada y firmada.**
    - **Receta firmada.** Recetas originales firmadas de los medicamentos de GSK escritas conforme al criterio médico.
      - Nota: Las recetas enviadas por fax solo se aceptarán como válidas si se envían directamente desde el consultorio del médico y van acompañadas de una portada de fax.
  - **Los solicitantes de la Parte D de Medicare también deben enviar lo siguiente:**
    - **Un comprobante de que gastaron $600 de su bolsillo en medicamentos recetados.** La documentación incluye todas las páginas del extracto más reciente del plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare (Explicación de Beneficios [Explanation of Benefits, EOB]) que indica que el paciente pagó un total de $600 por medicamentos recetados en el año calendario actual. Si el extracto no está disponible, llame al Programa de asistencia al paciente de GSK al 1-866-728-4368 para que le ayuden a identificar otros tipos de comprobantes.

      Nota: Los gastos de medicamentos recetados no deben incluir las primas mensuales ni los gastos de los miembros de la familia.
    - **Una copia de su tarjeta de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare. No envíe las tarjetas originales.**
  - **Los pacientes de la Parte D de Medicare deben completar el campo Identificador de Beneficiario de Medicare (Medicare Beneficiary Identifier, MBI).**
  -
- ☐ Conserve una copia de la solicitud y de todos los documentos para su registro.
- ☐ **No envíe documentos originales, ya que no se devolverán.**

RECORDATORIO

- **Se deben completar todas las secciones requeridas de la solicitud (ver más arriba).**
- **La solicitud debe estar firmada y fechada.**
- **Todas las solicitudes deben ir acompañadas de una receta válida.**

GSK Patient Assistance Program
PO Box 220590, Charlotte, NC 28222-0590
Teléfono: 1-866-728-4368, Fax: 1-855-474-3063
De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este

GSK

Nombre del paciente:_____Identificación del paciente:_____Fecha de nacimiento:_____

Sección 1: Información del solicitante (Obligatorio)

Primer nombre:_____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Sexo: _____

Dirección de correo postal:_____Ciudad:_____Estado:_____Código postal: _____

Teléfono particular: (_____)_____-_____ Teléfono celular: (_____)_____-_____ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Correo electrónico: _____

Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI). Solo pacientes de la Parte D de Medicare:_____

Cantidad de personas en el hogar: _____ Ingreso familiar anual actual: $_____

¿Tiene el solicitante algún tipo de cobertura para medicamentos recetados? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, marque el tipo de cobertura que tiene el paciente:

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

Alergias medicamentosas: ¿Tiene alguna alergia medicamentosa conocida? Sí ☐ No ☐
En caso afirmativo, enumere todas las alergias medicamentosas conocidas: _____

Problemas de salud: ¿Tiene algún problema de salud conocido? Sí ☐ No ☐
En caso afirmativo, enumere todos los problemas de salud conocidos: _____

Sección 2: Personas autorizadas (Opcional)

Para el solicitante: Si desea autorizar a GSK para que otras personas (por ejemplo, un hijo mayor de edad, un padre o un amigo) puedan realizar actividades en su nombre, escriba sus nombres aquí. Tenga en cuenta lo siguiente: Estas personas se consideran aparte de un tutor legal o representante certificado que posiblemente ya estén incluidos en esta solicitud. **NOTA: Asegúrese de que todas las personas que pueden llamar en su nombre figuren en la solicitud, ya sea como personas autorizadas o como representantes. De lo contrario, el programa Patient Assistance Program de GSK no podrá brindar información a nadie más que al 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: _____

A fin de evitar retrasos en el procesamiento, no olvide firmar y fechar la última página de la solicitud.

GSK Patient Assistance Program
PO Box 220590, Charlotte, NC 28222-0590
Teléfono: 1-866-728-4368, Fax: 1-855-474-3063
De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este

GSK

Nombre del paciente:_____Identificación del paciente:_____Fecha de nacimiento:_____

Sección 3: Dirección de envío
(Completar ÚNICAMENTE si difiere de la dirección de correo postal de la Sección 1)

Destinatario o razón social:_____

Dirección:_____Ciudad:_____Estado:_____Código postal: _____

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

Especificar la relación del destinatario con el solicitante: ☐ Él mismo ☐ Representante (debe completar la Información del representante en la Sección 4)
☐ Prescriptor ☐ Otro (especificar cuál es la relación) _ ___ ____ ___ ___ __

Sección 4: Información del representante (Opcional)

Regístrese en www.GSKPatientAssistanceProgramPortal.com

N.º de identificación del representante:_____Nombre del centro:_____

Nombre:_____Apellido:_____

Dirección:_____Ciudad:_____Estado:_____Código postal: _____

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

Con mi firma, certifico que, a mi leal saber y entender, la información de esta solicitud es correcta y está completa. No tengo conocimiento ni intención de vender, canjear ni entregar este producto a otra persona que no sea el Solicitante al que se le ha recetado. Según mi conocimiento, el Solicitante no tiene beneficios de seguro médico ni de medicamentos recetados para los medicamentos indicados, incluido Medicaid u otros programas públicos que no sean los indicados, y el Solicitante no tiene recursos financieros suficientes para pagar el tratamiento recetado.

Firma del representante:_____Fecha: _____
(Se requiere la firma original. No se acepta la firma estampada)

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

GSK Patient Assistance Program
PO Box 220590, Charlotte, NC 28222-0590
Teléfono: 1-866-728-4368, Fax: 1-855-474-3063
De lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora del Este

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

Sección 5: Certificación del paciente (Obligatorio)

Con mi firma autorizo a GSK, así como a Lash Group y a cualquier otra empresa que GSK utilice para administrar el programa Patient Assistance Program de GSK (GSK PAP) (el "Programa") a hacer lo siguiente:

1) Utilizar cualquier información que proporcione en mi solicitud con el fin de ayudarme a recibir productos de GSK en el marco del Programa o para administrar el Programa.
2) Recibir y mantener registros de todas las recetas de los medicamentos que recibo en virtud del Programa, que se utilizarán para administrarlo.
3) Comunicarse con mi médico, proveedor de atención médica o farmacéutico con respecto a mi solicitud para el Programa, y proporcionarles la información contenida en mi solicitud, con el fin de ayudarme a recibir los productos de GSK en el marco del Programa y garantizar que se cumplan las pautas de este.
4) Solicitar información a mi compañía de seguros, médico, proveedor de atención médica o farmacéutico sobre los medicamentos recetados que recibo o recibiré en el marco del Programa y sobre mi estado de salud. Esta información solamente se utilizará para determinar mi elegibilidad para el Programa y para administrarlo.
5) Comunicarse con mi compañía de seguros, con otras posibles fuentes de financiación, incluidos los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, con trabajadores sociales o con organizaciones de representación del paciente en mi nombre, a fin de determinar si soy elegible para la cobertura del seguro médico u otros fondos, y brindarles la información contenida en mi solicitud o la información sobre mis medicamentos recetados y mi estado de salud proporcionada por mi médico, proveedor de atención médica o farmacéutico.
6) Divulgar toda la información obtenida de las fuentes indicadas anteriormente a terceros si así lo exige la ley.
7) Autorizar al PAP de GSK y a sus administradores a obtener un informe del consumidor sobre mí. El informe del consumidor y la información derivada de fuentes públicas y de otro tipo se utilizarán para estimar mis ingresos como parte del proceso para decidir si soy elegible para recibir medicamentos gratuitos en el marco del PAP de GSK. Previa solicitud, el PAP de GSK me proporcionará el nombre y la dirección de la agencia de informes del consumidor que proporciona el informe del consumidor.
8) Solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento, incluso si ya estoy inscrito, para que puedan determinar si la información de este formulario está completa y es verdadera.

Entiendo que GSK no cobra una tarifa por participación en los Programas. Si he recurrido a un tercero que cobra una tarifa por ayudarme con el formulario de inscripción o a completar mis medicamentos, este dinero no se paga a GSK. Comprendo que esta Autorización para divulgar información médica permanecerá vigente mientras participe en los Programas y por 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 con medicamentos para que yo acepte firmar la Autorización 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 escrita firmada de mi revocación al Programa por correo postal. Tal revocación pondría fin a mi elegibilidad para participar en el Programa.
La revocación de esta autorización prohibirá las divulgaciones posteriores a la fecha en que se reciba la revocación por escrito, excepto en la medida en que se hayan tomado medidas en función de mi autorización. Comprendo que, una vez que se haya divulgado información médica sobre mí de acuerdo con esta Autorización, es posible que la información ya no esté protegida por las leyes federales de privacidad y que pueda divulgarse nuevamente. Certifico que el producto que recibo en virtud del PAP de GSK es para uso personal y no se venderá, canjeará ni entregará a ninguna otra persona. Certifico que la información proporcionada en esta solicitud está completa y es exacta a mi leal saber y entender y acepto notificar a GSK cualquier cambio en mi elegibilidad para el seguro o en mi situación financiera. Para obtener más información acerca de cómo GSK maneja su información, consulte nuestra declaración de privacidad en https://privacy.gsk.com/en-us/.

Firma del paciente o tutor legal:_____Fecha: _____
(Se requiere la firma original).

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

Relación (si no es el solicitante): _____

RECORDÓ…

ALTO

- **¿Completar la Sección 1 en su totalidad?**
- **¿Firmar y fechar la última página de la solicitud?**
- **¿Incluir una receta para el medicamento que solicita?**
- **¿Enviar una copia de su comprobante de gastos y de su tarjeta de identificación de la Parte D? (Solo solicitudes de la Parte D)**

SI LA SOLICITUD ESTÁ INCOMPLETA, EL PROCESAMIENTO SE RETRASARÁ.