

## 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



### Solicitud relacionada con la vacunación para el programa Patient Assistance Program de GSK

- Antes de inscribir a los pacientes, los prescriptores deben registrarse en el programa ingresando en [www.gskpatientassistanceprogramportal.com](http://www.gskpatientassistanceprogramportal.com)
- Complete y firme este formulario. Se necesita la firma del paciente y del prescriptor de atención médica.
- El programa Patient Assistance Program de GSK (GSK PAP) ya no puede ofrecer viales de dosis única para la reposición del PAP de GSK.
- Un centro debe acumular un total de 10 dosis aprobadas del producto en un plazo de 12 meses antes de que se envíe la reposición al centro. Las dosis aprobadas para todos los médicos en ejercicio en una dirección única contarán para la acumulación.
- Si no se acumulan 10 dosis aprobadas de un producto en un plazo de 12 meses, la reposición se perderá.
- La cantidad máxima de producto disponible del PAP de GSK se limita a 200 dosis por producto al año (20 envíos de 10 vacunas) por centro único.
- Este es un programa de reposición. Se debe vacunar a los pacientes con una vacuna de GSK previamente adquirida tras la aprobación en el PAP de GSK.
- Con la firma de este formulario, el proveedor acepta los términos y las condiciones del programa y comprende los riesgos si no se alcanza un incremento de 10 dosis aprobadas en el plazo de 12 meses.

#### Sección 1: Vacuna solicitada (Obligatorio)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 58160-842-52 – Boostrix<br>Vacuna con toxoide tetánico, toxoide diftérico reducido y pertussis acelular, absorbida | <input type="checkbox"/> 58160-823-11 - Shingrix<br>Vacuna genotecnológica de subunidades contra el herpes zóster |
| <input type="checkbox"/> 58160-821-52 – Engerix-B<br>Vacuna genotecnológica contra la hepatitis B   |   |

#### Sección 2: Información del prescriptor (Obligatorio)

Nombre del prescriptor: \_\_\_\_\_

Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ N.º de licencia estatal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) - - Fax: ( ) - - Día de entrega preferido: Ma.  Mi.  Ju.  Vi.

#### Sección 3: Pautas de reposición del PAP y certificación del prescriptor (Obligatorio) LEA LOS NUEVOS REQUISITOS

**PAUTAS DE REPOSICIÓN DEL PAP:** El programa Patient Assistance Program de GSK (GSK PAP) ya no puede ofrecer viales de dosis única para la reposición del PAP. Un centro debe acumular un total de 10 dosis en 12 meses a fin de ser elegible para la reposición a través del programa. Las dosis aprobadas para todos los médicos en ejercicio en una dirección única contarán para la acumulación. Además, la cantidad total de productos de reposición recibidos a través del PAP de GSK tendrá un límite de 200 dosis por producto al año (20 envíos de 10 vacunas) por centro único.

**CERTIFICACIÓN DEL PRESCRIPTOR:** Con la inscripción de mi paciente en el PAP de GSK, comprendo que si mi centro no dispensa 10 dosis para los pacientes aprobados en el PAP en un plazo de 12 meses, no será elegible para la reposición. Mi firma certifica que soy un profesional autorizado que cumple con los requisitos de la ley estatal para recetar, recibir y administrar los medicamentos solicitados que figuran en este formulario de inscripción en el programa, enviados desde el PAP de GSK. Certifico que la vacuna solicitada está indicada médicamente para el paciente identificado. Certifico que, a mi leal saber y entender, la información de esta solicitud es correcta y está completa. Certifico que el producto que solicito es un reemplazo de una vacuna de GSK adquirida anteriormente y utilizada en un paciente calificado y aprobado para el PAP. También comprendo que la elegibilidad para el programa está sujeta a la discreción de GSK y que GSK se reserva el derecho de modificar o finalizar el PAP de GSK en cualquier momento. Declaro que he obtenido todas las autorizaciones necesarias de mi paciente para permitirme divulgar información a GSK y a sus terceros contratados. Mi firma confirma que el producto de la vacuna se ha suministrado o se suministrará sin costo alguno al paciente que figura en este formulario y comprendo que no tengo derecho a solicitar el reembolso de ninguna fuente por ningún medicamento suministrado por el PAP de GSK para este paciente. Entiendo que no recibiré ningún reembolso de GSK por la administración de esta vacuna para este paciente y además acepto que no solicitaré el reembolso por la administración de la vacuna a ningún pagador público para este paciente.

 Firma del prescriptor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Se requiere la firma original. No se acepta la firma estampada).

#### Nuevas pautas de reposición del PAP: ¡Lea atentamente!

El Programa de asistencia al paciente de GSK es administrado por GSK Patient Access Programs Foundation

## 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



### Sección 4: 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: \$ \_\_\_\_\_

*Para pacientes sin ingresos:*  Si marco esta casilla, certifico que, a mi leal saber y entender, el solicitante no tiene ingresos.

¿Tiene el paciente 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  \_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*(Se requiere la firma original. No se acepta la firma estampada).*

**A fin de evitar retrasos en el procesamiento, complete el formulario en su totalidad.**