



Los recursos para pacientes y proveedores están disponibles en:
GileadAdvancingAccess.com

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

TELÉFONO: 1-800-226-2056 | FAX: 1-800-216-6857

(De lunes a viernes, 9 a. m. – 8 p. m. EST)

CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE: La confidencialidad del paciente es de suma importancia para nosotros. Toda la información del paciente se mantendrá confidencial. Es posible que se les brinde información a los médicos, los trabajadores sociales o los familiares cuando se exija para completar el proceso de inscripción y coordinar la asistencia del paciente, así como a las agencias de calificación crediticia a fin de determinar la elegibilidad para el programa con su consentimiento en este Formulario de inscripción.



Después de enviar este formulario, es posible que un especialista del programa Advancing Access se ponga en contacto con usted para guiarlo en los siguientes pasos del proceso y responder a sus preguntas.

BORRAR FORMULARIO

1. SOLICITUD DE APOYO AL PACIENTE OBLIGATORIO

MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE CORRESPONDAN

- Investigación de beneficios Programa de cupones de copago Información sobre autorizaciones y apelaciones anteriores
- Evaluación de elegibilidad para el Programa de Asistencia al Paciente (PAP) o el Programa de Asistencia para Medicamentos (MAP)

2. MEDICAMENTO DE GILEAD RECETADO OBLIGATORIO

Nombre del producto: _____ Si solicita DESCOVY® o TRUVADA®, indique cuál será su uso: Tratamiento PrEP/Prevención

3. INFORMACIÓN DEL PACIENTE OBLIGATORIO

| | | | | | |
|----------------------------------|----------------|-------------------------|---|------------------------|------------------------|
| Nombre: | | Apellido: | | Inicial: | Nombre de preferencia: |
| Dirección: | | | N.º de apart./unid.: | Ciudad: | |
| Estado: | Código postal: | Teléfono: () – | | Idioma de preferencia: | |
| Correo electrónico: | | Fecha de nacimiento / / | N.º de Seguro Social (últimos 4 dígitos): | | |
| Nombre del contacto alternativo: | | | Teléfono: () – | | Vínculo: |

AUTORIZACIÓN DE CONTACTO

Autorizo a Advancing Access a brindarme información sobre mis beneficios y otras comunicaciones que contengan referencias al programa Advancing Access o a ARx Patient Solutions Pharmacy a través de los siguientes canales (seleccione todas las opciones que correspondan):

- Correo electrónico Llamada telefónica Mensaje de texto Correo postal

Autorizo a Advancing Access a dejar un mensaje detallado, incluido el nombre de mi medicamento recetado, si no estoy disponible cuando llamen.

- Sí No

NOTA:

- ▶ Si no selecciono una preferencia de contacto, entiendo que Advancing Access me proporcionará comunicaciones del programa por teléfono o a través de mi proveedor de atención médica.
- ▶ Pueden aplicarse tarifas por mensajes de texto y datos. Puede darse de baja en cualquier momento si responde "STOP".

4. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO OBLIGATORIO

INCLUYA UNA COPIA DEL FRENTES Y DEL DORSO DE SU(S) TARJETA(S) DEL SEGURO

El paciente no está asegurado (es decir, no cuenta con ningún seguro médico a través de ninguna empresa pública o privada): CONSULTE LA SECCIÓN 5 OPCIONAL "INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE"

El paciente tiene seguro (complete toda la información del seguro correspondiente que figura a continuación, adjunte una copia de todas las tarjetas del seguro [frente y dorso], incluida la tarjeta de salud y la receta).

SEGURO PRINCIPAL

| | | | | | |
|----------------------------------|---------------|--|---|---------------------------|--|
| Seguro principal: | | ¿Es un plan de Medicare Parte D? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Nombre del plan: | | Teléfono del seguro: () – | | | |
| Nombre del afiliado: | | | | | |
| Nombre del titular de la póliza: | | | Vínculo del titular de la póliza con el paciente: | | |
| N.º de póliza: | N.º de grupo: | N.º BIN de med. recetado: | | N.º PCN de med. recetado: | |

Marque esta casilla si el paciente tiene una cobertura de seguro secundaria e incluya una copia de las tarjetas del seguro [frente y dorso], si están disponibles.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

5. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE

OBLIGATORIO SOLO SI SE SOLICITA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE O EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA MEDICAMENTOS (PAP/MAP)

Ingreso familiar anual actual: \$ _____ (Es posible que se exija documentación de todas las fuentes de ingresos)

Número de personas en el hogar que reciben asistencia de los ingresos anuales actuales: 1 2 3 4 5 Otros: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL SEGURO

¿Ha solicitado el paciente el Programa de Asistencia para Medicamentos (ADAP) para el SIDA o el Programa de Asistencia para Medicamentos para la PrEP? Sí No Si la respuesta es Sí, fecha de solicitud: _____ / _____ / _____

¿Cuál es el estado de ADAP del paciente? No lo solicitó Pendiente En lista de espera Rechazado (incluir carta de rechazo)
 No es elegible, motivo: _____

¿El paciente es elegible para Medicaid? Sí No
Si la respuesta es No, indique el motivo (si fue objeto de rechazo, adjunte una copia de la carta de rechazo): _____

¿El paciente ha solicitado Medicaid? Sí No
Si la respuesta es Sí, fecha de solicitud: _____ / _____ / _____

¿El paciente es elegible para Medicare? Sí No
Si la respuesta es No, indique el motivo (si fue objeto de rechazo, adjunte una copia de la carta de rechazo): _____

¿El paciente ha solicitado Medicare? Sí No
Si la respuesta es Sí, fecha de solicitud: _____ / _____ / _____

¿El paciente es elegible para los beneficios de VA? Sí No

Si la respuesta es Sí, ¿ha intentado el paciente obtener el medicamento a través del VA? Sí No

¿El paciente es elegible para un plan de seguro ofrecido a través de un mercado de seguros estatal (también conocido como intercambio)? Sí No
Si la respuesta es No, indique el motivo: _____

¿El paciente solicitó un plan de seguro ofrecido a través de un mercado de seguros estatal (también conocido como intercambio)? Sí No
Si la respuesta es Sí, fecha de solicitud: _____ / _____ / _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

OBLIGATORIO SOLO SI SE ENVIARÁ EL MEDICAMENTO RECETADO DIRECTAMENTE AL CONSULTORIO O CLÍNICA DEL MÉDICO RECETANTE

Al marcar esta casilla , comprendo que mi medicamento recetado se enviará directamente a la dirección del consultorio del médico recetante que figura en este formulario (Sección 7). Autorizo al médico recetante mencionado en el presente formulario, como mi representante, para recibir mi medicamento recetado en mi nombre. Mi médico recetante, como mi representante, recibirá mi medicamento de venta con receta y, luego, me lo entregará.

CONSENTIMIENTO Y DECLARACIONES DEL SOLICITANTE

OBLIGATORIO SOLO SI SE SOLICITA EL PAP/MAP

Al firmar abajo, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud, incluidos los ingresos de mi grupo familiar, es precisa y está completa.

Comprendo que la asistencia del programa finalizará si Advancing Access descubre información falsa o incorrecta, o si ya no me recetan este medicamento. Entiendo que solo puedo usar el producto gratuito recibido a través del PAP/MAP para mi uso y consumo personales, y que no ofreceré el producto para venta, reventa, trueque o intercambio.

Entiendo que completar esta solicitud no garantiza que seré elegible para la asistencia al paciente. Si recibo un producto gratuito a través del PAP/MAP, certifico que no pediré reembolsos ni créditos por este medicamento a ninguna compañía aseguradora, plan de salud ni programa gubernamental. Si soy miembro de un plan de Medicare Parte D, no solicitaré que este medicamento ni ningún costo por los productos vinculados con él cuente como parte de mis gastos de bolsillo para medicamentos recetados. Comprendo que el PAP/MAP se reserva el derecho a modificar el formulario de solicitud, cambiar o suspender este programa, o poner fin a la asistencia que brinda en cualquier momento y sin notificación alguna.

Autorizo al PAP/MAP y a su administrador a enviar mi receta a una farmacia dispensadora en mi nombre. Advancing Access puede exigirme que presente un documento de identificación y documentación de mis ingresos a fin de verificar mi elegibilidad para el PAP/MAP (por ejemplo, tarjeta de identificación, declaración de impuestos, formulario W-2, los últimos dos recibos de sueldo, etc.). **Autorizo a Gilead y a su administrador externo a usar la información proporcionada en este formulario con el objeto de obtener un informe crediticio personal sobre mí para verificar los datos contenidos en el presente formulario y para determinar mi elegibilidad para el PAP/MAP.**

X FIRMA DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE AUTORIZADO EN VIRTUD DE LA LEGISLACIÓN FEDERAL O ESTATAL (OBLIGATORIA):

FECHA: _____ / _____ / _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE (SI FIRMA POR EL PACIENTE):

VÍNCULO DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE CON EL PACIENTE:

TELÉFONO: _____ () - _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

6. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL **OBLIGATORIO**

Entiendo que Gilead Sciences, Inc. y sus representantes, contratistas y otros socios (“Gilead”) necesitarán obtener, revisar, usar y divulgar mi información personal y médica antes de que pueda recibir asistencia a través del programa Advancing Access (el “Programa”) y el Programa de Asistencia al Paciente/Programa de Asistencia para Medicamentos (“PAP/MAP”). Puedo encontrar información adicional sobre cómo Gilead puede utilizar mi información en <https://www.gilead.com/privacy-statements>.

Información que se divulgará: Mi información personal relacionada con mi inscripción o participación en el Programa, que puede incluir información de identificación personal e Información médica protegida (“PHI”, por sus siglas en inglés), tal y como se define en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (“HIPAA”, por sus siglas en inglés), modificada por la Ley de Tecnología de la Información Médica para la Salud Económica y Clínica (“HITECH”, por sus siglas en inglés) (colectivamente, Información Personal o “IP”):

- Información general sobre mí, incluidos mi nombre, fecha de nacimiento e información de contacto
- Información sobre mi estado de salud, incluida la información sobre mi estado serológico respecto al VIH o el tratamiento con este medicamento con receta y el estado de salud relacionado
- Información sobre mis beneficios de salud o la cobertura de mi seguro médico
- Información financiera (en caso necesario), como mis ingresos
- Toda la información proporcionada en este formulario de inscripción y la facilitada de cualquier otra forma por mí al Programa o PAP/MAP

Personas autorizadas a divulgar y usar mi información: Autorizo a las siguientes partes a revelar mi IP a Gilead y sus socios:

- Mis proveedores de atención médica, incluidas las farmacias que me dispensan medicamentos con receta. Entiendo que mis farmacéuticos pueden recibir una remuneración por divulgar mi IP en virtud de esta autorización
- Cualquier plan de salud, incluida mi compañía de seguros médicos, o programas que me presten beneficios de salud

También autorizo a Gilead y a sus socios a volver a divulgar mi IP a las siguientes partes:

- Mis proveedores de atención médica, incluida la farmacia que me dispensa medicamentos con receta
- Mis planes de salud, incluida mi compañía de seguros médicos
- Mi representante autorizado en virtud de la legislación federal o estatal (si procede)

Fines por los que es posible que se use o divulgue mi información: Mi IP puede utilizarse y divulgarse para los siguientes fines:

- Completar el proceso de inscripción y verificar la información facilitada en mi formulario de inscripción, incluida la confirmación de mi identidad y del uso o posible uso del medicamento recetado por mi proveedor de atención médica
- Determinar si cumplo los requisitos para recibir beneficios por parte de mi plan de salud u otros programas
- Proporcionar ayuda financiera y apoyo para el reembolso, si soy elegible, y brindar otro tipo de apoyo aplicable, incluso información sobre recursos de terceros que puedan ayudarme
- Comunicarme con mis proveedores de atención médica y coordinar mi receta y entrega del medicamento a través de una farmacia o de la consulta de un proveedor de atención médica
- Ponerse en contacto conmigo para evaluar la eficacia del Programa o del PAP/MAP
- Fines comerciales internos de Gilead y de auditoría y cumplimiento
- Confirmar mi recepción del medicamento de Gilead recetado a través del PAP/MAP en función de mis preferencias de comunicación indicadas arriba
- Desidentificar la información que proporciono, lo que significa eliminar elementos como mi nombre y dirección para que deje de ser razonablemente identificable
- Cumplir con los requisitos legales de Gilead

Continúe en la página siguiente >>>

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

6. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL (CONTINUACIÓN)

OBLIGATORIO

Otros puntos importantes:

- Entiendo que puedo optar por no firmar esta autorización. Si me niego, no cambiará mi derecho a los beneficios del plan de salud ni mi capacidad para obtener tratamiento de mis proveedores de atención médica, pero no tendré acceso a la ayuda ofrecida por el Programa o el PAP/MAP
- Una vez que firme esta Autorización del Paciente y mi IP se transmita a Gilead y sus socios, entiendo que las leyes de privacidad estatales y federales ya no pueden proteger o prohibir la nueva divulgación de la IP revelada a Gilead y sus socios por mi proveedor de atención médica u otros
- Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización firmada y que la autorización expira en el plazo de dos (2) años a partir de la fecha en que la firmé, o antes si así lo exige la legislación del estado en el que resido
- Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento notificándolo a Gilead al 1-800-226-2056. En el caso de que cancele esta autorización, Gilead dejará de usarla para obtener, usar o divulgar mi IP después de la fecha de cancelación, pero esta no afectará los usos ni las divulgaciones de la IP que se hayan realizado en virtud de esta autorización antes de la fecha de cancelación

Aceptación de comunicaciones de marketing (OPCIONAL): Me gustaría recibir comunicaciones de marketing e informativas de Gilead relacionadas con mi enfermedad, tratamiento o mi medicamento recetado, incluso ofertas, información de marketing y promocional, y material educativo, a través de uno o más de los métodos de comunicación que he aceptado anteriormente. Entiendo que optar por las comunicaciones de marketing e informativas no es necesario como condición para (i) ser elegible para los beneficios del plan de salud o para poder obtener tratamiento de mis proveedores de atención médica, (ii) inscribirme en el Programa o PAP/MAP, o (iii) comprar cualquier producto o recibir un copago u otra ayuda de Gilead. El programa de mercadeo de difusión es independiente del PAP/MAP. **NOTA:** Advancing Access puede comunicarse conmigo según sea necesario para administrar el Programa, incluyendo PAP/MAP, incluso si no opto por recibir comunicaciones de marketing e informativas de Gilead.

Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para recibir comunicaciones de marketing e informativas de Gilead (como se ha descrito anteriormente) a mi número de teléfono proporcionado, incluyendo mensajes de texto, mensajes pregrabados y llamadas telefónicas, que se pueden enviar a través de marcación automática. Pueden aplicarse tarifas de texto y datos. Puedo darme de baja en cualquier momento enviando un mensaje de texto con la palabra "STOP".

| | | |
|---|---|------------------------------|
| X FIRMA DEL PACIENTE O DE SU REPRESENTANTE AUTORIZADO EN VIRTUD DE LA LEGISLACIÓN FEDERAL O ESTATAL (OBLIGATORIA): | | FECHA: _____ / _____ / _____ |
| NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE (SI FIRMA POR EL PACIENTE): | VÍNCULO DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE CON EL PACIENTE: | TELÉFONO: _____ () - _____ |

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____

7. INFORMACIÓN DEL MÉDICO RECETANTE

OBLIGATORIO

A COMPLETAR POR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

| | | | |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|----------------|
| Nombre del médico recetante: | | Nombre del establecimiento: | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Contacto del consultorio: | | Teléfono: () - | Fax: () - |
| N.º de NPI: | N.º de matrícula del estado: | N.º de identificación tributaria: | |

8. DIAGNÓSTICO/INFORMACIÓN MÉDICA

OBLIGATORIO

A COMPLETAR POR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Diagnóstico (incluya el código o los códigos de ICD):

9. INFORMACIÓN DEL MEDICAMENTO RECETADO

COMPLETE EL SIGUIENTE FORMULARIO DEL MEDICAMENTO RECETADO QUE SE ENVIARÁ A LA FARMACIA DISPENSADORA DEL PAP/MAP UNA VEZ QUE SE APRUEBE A SU PACIENTE



NECESARIA SI SOLICITA ENVÍOS POR CORREO

| | | |
|--|-----------------------|--------------------------|
| Nombre del paciente: | Apellido: | Fecha de nacimiento: / / |
| Medicamento: | Presentación: | |
| Cantidad: 30 | Instrucciones de uso: | Surtidos: |
| Opciones de entrega: <input type="checkbox"/> Recoger en farmacia de venta minorista <input type="checkbox"/> Envíos por correo <input type="checkbox"/> Retiro del suministro inicial en una farmacia (el resto de las dispensaciones posteriores se hará mediante pedido por correo) | | |
| Destino: <input type="checkbox"/> Dirección del paciente (Sección 3) <input type="checkbox"/> Dirección del consultorio del médico recetante <input type="checkbox"/> Dirección alternativa | | |
| Dirección de envío alternativa: | Ciudad: | Estado: Código postal: |

10. CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO RECETANTE

OBLIGATORIO

Al firmar este formulario, certifico que le receto o proporciono un medicamento de Gilead al paciente identificado en la Sección 3. Además, certifico que este medicamento de venta bajo receta es medicamento necesario para el paciente y que se usará según lo indicado. Certifico que supervisaré o coordinaré los tratamientos del paciente, de acuerdo con la ley, y verificaré que la información proporcionada como parte de la solicitud de mi paciente para el Programa de Asistencia al Paciente o el Programa de Asistencia para Medicamentos ("PAP/MAP") es completa y precisa a mi leal saber y entender. Certifico que no he recibido ni solicitaré el reembolso de ningún medicamento de Gilead dispensado al paciente a través del PAP/MAP de ningún programa gubernamental o aseguradora externa. Si corresponde, certifico que el medicamento que el PAP/MAP me brindó para el paciente elegible identificado en la Sección 3 será entregado por mí a dicho paciente para su propio uso sin costo alguno. Además, certifico que no usaré ese medicamento ni recetaré, suministraré, proporcionaré ni dispensaré la totalidad o parte de ese medicamento para el uso de otras personas o pacientes. Notificaré a Gilead si todo o parte del medicamento que me proporcionó el PAP/MAP para el paciente identificado en la Sección 3 no se prescribe, proporciona, facilita o dispensa a ese paciente, y me aseguraré de que dicho medicamento se devuelva a Gilead o su representante designado, llamando al 1-800-226-2056 dentro de los 30 días. Asimismo, certifico que no venderé, revenderé, ofreceré para la venta, comercializaré ni intercambiaré el medicamento que el PAP/MAP me haya suministrado.

Acepto que Gilead puede realizar una auditoría vinculada con: 1) el solicitante identificado en la Sección 3, incluso, a título enunciativo, confirmar la identidad del paciente y verificar la necesidad médica; y 2) la dispensación del medicamento suministrado al médico recetante a través del PAP/MAP, incluso confirmar la recepción del medicamento recetado de Gilead por parte del paciente y la devolución oportuna de los medicamentos que se hayan recibido para el paciente identificado en la Sección 3, pero que no se hayan dispensado, si corresponde.

Si receto DESCOVY for PrEP® o TRUVADA for PrEP®, certifico que el solicitante se ha sometido a un análisis de VIH y que el resultado fue negativo, y que se le realizarán análisis de VIH regulares como parte del plan de atención del solicitante. Como parte de la elegibilidad de mi solicitante, acepto verificar periódicamente el uso continuo del medicamento de Gilead y volver a enviar las recetas actuales.

Certifico que recibí la autorización escrita correspondiente del paciente, de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996, las leyes estatales aplicables en materia de privacidad de la información médica y todo otro requisito aplicable para divulgar la información médica y personal del paciente a Gilead, sus agentes y sus contratistas a los fines de evaluar la cobertura del seguro del paciente y su elegibilidad para participar en Advancing Access, llevar a cabo auditorías aleatorias para verificar la información suministrada en este formulario de inscripción y para otros propósitos según lo detallado en la Autorización del paciente para usar y divulgar información médica personal de la Sección 6. Gilead está autorizado para ponerse en contacto conmigo sobre la información proporcionada en este formulario y según sea necesario para facilitar la inscripción y la participación de mi paciente en Advancing Access. Comprendo que Gilead puede ponerse en contacto con el paciente directamente, si este lo autoriza, a fin de verificar la elegibilidad para Advancing Access y las actualizaciones de la cobertura del seguro, así como confirmar la recepción del medicamento de Gilead a través del PAP/MAP.

NOTA ESPECIAL: Los médicos recetantes de Nueva York deben presentar las recetas en un recetario original de dicho estado. Para el resto de los estados, si no se envía por fax, la receta debe confeccionarse en un recetario específico del estado, si se aplica a su estado.

| | | |
|----------|---|--------|
| X | FIRMA DEL MÉDICO RECETANTE (OBLIGATORIO): | FECHA: |
| | NO SE PERMITE SELLO | / / |

CONSENTIMIENTO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

OBLIGATORIO SOLO SI SE ENVIARÁ EL MEDICAMENTO RECETADO DIRECTAMENTE AL CONSULTORIO O CLÍNICA DEL MÉDICO RECETANTE

Entiendo que completar este formulario de inscripción no garantiza que se le brindará asistencia a mi paciente, quien otorgó su consentimiento para que yo reciba su medicamento de Gilead en su nombre. Recibiré y guardaré el medicamento de mi paciente en mi consultorio hasta que se lo entregue, cuando corresponda. Cumpliré y respetaré las leyes de dispensación para médicos de mi estado que se aplica a los médicos recetantes autorizados, cuando corresponda. Los medicamentos que Gilead suministre como consecuencia de este formulario de inscripción son para uso del paciente mencionado en este formulario únicamente y no se venderán, comercializarán, intercambiarán, transferirán, devolverán a cambio de crédito ni se enviarán a terceros (como Medicare, Medicaid u otro proveedor de beneficios) para obtener reembolsos. El medicamento solo se suministrará para este paciente elegible e inscrito sin costos de ningún tipo. La información proporcionada en este formulario de inscripción está sujeta a auditorías y verificaciones aleatorias. Gilead puede cambiar o cancelar este programa en cualquier momento y también se reserva el derecho a finalizar la inscripción del paciente en cualquier momento. Si no se le proporciona el medicamento a mi paciente dentro de los treinta días de su recepción, debe devolverse a ARx Patient Solutions Pharmacy. El centro de atención médica puede quedar sujeto a auditorías por parte de Gilead y de su compañía de auditorías subcontratada.

| | | |
|----------|---|--------|
| X | FIRMA DEL MÉDICO RECETANTE (OBLIGATORIO): | FECHA: |
| | NO SE PERMITE SELLO | / / |

