myAbbVie Assist | Patient Assistance

SOLICITUD PARA
Synthroid® (levotiroxina sódica en tabletas, USP) y Gengraf® en cápsulas (ciclosporina en cápsulas, USP)

myAbbVie Assist provee medicamentos gratuitos a pacientes que califican. Revisamos las solicitudes por caso individual. La participación en nuestro programa es gratuita; no cobramos nada a las personas que solicitan nuestra asistencia.

LISTA DE COTEJO PARA SOMETER UNA SOLICITUD

☐ **SI USTED ES EL MÉDICO, COMPLETE LA PÁGINA 2**

- **SECCIÓN 1:** Información del médico
- **SECCIÓN 2:** Información del paciente
- **SECCIÓN 3:** Solicitud del medicamento
- **SECCIÓN 4:** Certificación y firma del médico

☐ **SI ES UN PACIENTE COMPLETE LA PÁGINA 3. LEA LA PÁGINA 4**

- **SECCIÓN 5:** Información del paciente
- **SECCIÓN 6:** Información financiera
  - Asegúrese de incluir verificación de ingreso. Es preferible que incluya copia de su declaración de impuestos.
- **SECCIÓN 7:** Información del seguro
  - Si tiene seguro médico, incluya copia por ambos lados de todas las tarjetas del seguro.
  - Si tiene cubierta de seguro, incluya una lista de los costos que desembolsa por gastos médicos o medicamentos. Si usa múltiples medicamentos, puede ser útil la evidencia escrita de su farmacia. Esta información nos ayudará a revisar su elegibilidad para nuestro programa.
- **SECCIÓN 8:** Consentimiento y firma del paciente
  - Lea cuidadosamente la autorización de HIPAA, los términos de participación y la notificación de privacidad del paciente en la Sección 10 en la Página 4.
  - Confirme que ha entendido nuestra política de privacidad proveyendo su firma y fecha en la SECCIÓN 8.
- **SECCIÓN 9:** Permiso adicional para propósitos del programa (Opcional)

☐ **Guarde una copia para sus expedientes.**

ENVÍE POR FAX O CORREO LA SOLICITUD COMPLETADA Y LA DOCUMENTACIÓN A:

myAbbVie Assist
PO Box 270
Somerville, NJ 08876

Teléfono: 1-800-222-6885
Fax: 1-866-898-1473

Una vez se reciba la solicitud completada, le notificaremos al paciente y al médico sobre la elegibilidad. De aprobarse, enviaremos el medicamento a la oficina médica. Llame al 1-800-222-6885 para solicitar una repetición.

Comuníquese con nosotros al 1-800-222-6885 de lunes a viernes para asistencia adicional.

Este programa es parte de la Fundación de Asistencia para el Paciente de AbbVie, una entidad legal aparte de AbbVie.

©2020 AbbVie Patient Assistance Foundation PC-APP2-20H AUG 2020

myAbbVie Assist | Patient Assistance

PRESCRIBER PRESCRIPTION AND CERTIFICATION
TO BE COMPLETED BY PRESCRIBER

APPLICATION FOR
Synthroid® (levothyroxine sodium tablets, USP) and Gengraf® Capsules(cyclosporine capsules, USP)

PO Box 270
Somerville, NJ 08876
PHONE: 1-800-222-6885
FAX: 1-866-898-1473

1 PRESCRIBER INFORMATION

Prescriber Name: ☐ MD ☐ DO ☐ Other:____

Office Name: Office Contact Name:

Address City/State/Zip:

NPI: Phone: Fax:

Tax ID: DEA/SLN: DEA/SLN EXPIRATION DATE:

For additional information on how AbbVie processes your personal information, please visit www.abbvie.com/privacy.html

2 PATIENT INFORMATION

Patient's Name: _____ DOB: _____

3 MEDICATION REQUESTED: MUST BE COMPLETED BY A LICENSED PRESCRIBER

PRODUCT:	STRENGTH:	DIRECTIONS	REFILLS
			Reorders allowed up to 1 year
			Reorders allowed up to 1 year

4 PRESCRIBER PLEASE SIGN AND DATE PESCRIBER MUST MANUALLY SIGN BELOW

RUBBER STAMPS, SIGNATUR BY OTHER OFFICE PERSONNEL OR COMUPTER GENERATED IMAGES ARE NOT ALLOWED

PRESCRIBER SIGNATURE: **X**_____ **DATE:** _____

I verify that the information provided is current, complete and accurate to the best of my knowledge. myAbbVie Assist reserves the right to request additional information if needed and to change or discontinue the program at any time, without notice. I shall not seek reimbursement for any medication dispensed hereunder from any government program or third party, including patient, nor will I sell, trade or distribute any such medication. I also understand that the applicant's acceptance into the program should not influence treatment decisions. I understand that I may not delegate signature authority. I certify that treatment with this medication is medically necessary.

©2020 AbbVie Patient Assistance Foundation PC-APP2-20H AUG 2020

myAbbVie Assist | Patient Assistance

PACIENTE: COMPLETE, FIRME Y FECHE

SOLICITUD PARA
Synthroid® (levotiroxina sódica en tabletas, USP) y Gengraf® en Cápsulas (ciclosporina en cápsulas, USP)

PO BOX 270
Somerville, NJ 08876
TELÉFONO:1-800-222-6885
FAX: 1-866-898-1473

5 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Sexo: ☐ M ☐ F
Núm. de SS (últimos cuatro dígitos solamente): ___ ___ ___ ___	Si no tiene número de SS, marque aquí: ☐	
Dirección de envío (No P.O. Box):	Pueblo/Estado/Código postal:	
Teléfono de preferencia:	☐ **Puede dejar mensaje de voz**	Otro Teléfono: ☐ **Puede dejar mensaje de**
Nombre del médico que ofrece tratamiento:	Número de teléfono:	

6 INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingreso mensual total de todos en el hogar: $ _____

***Incluya documentación financiera de <u>todos en el hogar</u>.* Es preferible que incluya copia de su declaración de impuestos federales actual.**

Número total de personas en el hogar (incluido usted):____

Número de personas en el hogar mayores de 18 años que reciben ingreso: _____

7 INFORMACIÓN DEL SEGURO

☐ **No tengo cubierta de seguro – vaya a la SECCIÓN 8**

☐ **Si tiene seguro, provea los detalles del seguro a continuación e incluya copia por ambos lados de la tarjeta del seguro.** Incluya una lista detallada de las recetas, como un documento de la farmacia y de gastos médicos de su hogar que desea que tomemos en consideración**.**

INFORMACIÓN DEL SEGURO		Número de grupo o póliza	Nombre del seguro y teléfono
Medicare	❑ Sí ❑ No		
Medicare Parte D	❑ Sí ❑ No		
Medicaid	❑ Sí ❑ No		
Seguro privado	❑ Sí ❑ No		
Programa estatal de asistencia para medicamentos para personas de mayor edad	❑ Sí ❑ No		
Seguro estatal de asistencia para niños	❑ Sí ❑ No		
Asistencia para Veteranos	❑ Sí ❑ No		

INFORMACIÓN DE MEDICARE:

¿Es participante de un Plan de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D)? ☐ Sí ☐ No

Si es Sí, provea su número de identificación de Medicare Parte A: _____ Valor de sus activos: $

Activos incluyen sus cuentas de cheque y ahorros, CD, acciones y bonos, bonos de ahorros, fondos mutuos, IRA y otras inversiones, efectivo en el hogar o en cualquier otro sitio y el valor de sus pólizas de seguro de vida, si las ha intercambiado por efectivo actualmente. No incluya su hogar, vehículos, lote en el cementerio ni posesiones personales.

8 CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

REPASE LA AUTORIZACIÓN DE HIPAA, LOS TÉRMINOS DE PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y LA NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD EN LA SECCIÓN 10 PARA CONOCER CÓMO USAMOS SU INFORMACIÓN PERSONAL

Confirmo que la información que proveo es precisa y completa y que entiendo los términos de participación del paciente en la página 4.

FIRME y FECHE →

Con mi firma a continuación certifico que he leído, entiendo y acepto la divulgación de mi información de salud protegida de conformidad con la Autorización de HIPAA en la SECCIÓN 10

X_____ X_____

FIRMA DEL PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL (indique la relación) FECHA

9 PERMISO ADICIONAL PARA PROPÓSITOS DEL PROGRAMA (opcional)

Doy permiso para que myAbbVie Assist converse con la siguiente persona acerca de esta solicitud:

Nombre: _____ **Relación:**_____ **Número de teléfono:**

©2020 AbbVie Patient Assistance Foundation PC-APP2-20H AUG 2020

myAbbVie Assist | Patient Assistance

SOLICITUD PARA
Synthroid® (levotiroxina sódica en tabletas, USP) y Gengraf® en Cápsulas (ciclosporina en cápsulas, USP)

PO BOX 270
Somerville, NJ 08876
TELÉFONO:1-800-222-6885
FAX: 1-866-898-1473

10 AUTORIZACIÓN DE HIPAA, TÉRMINOS DE PARTICIPACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

AUTORIZACIÓN DE HIPAA Provea la firma en la Sección 8 en la página 3 del formulario de inscripción

Autorizo a mis proveedores del cuidado de la salud, farmacias, aseguradoras y laboratorios de pruebas (mis "Compañías de la salud") a divulgar información acerca de mí, mi condición médica, tratamientos, cobertura de seguro e información de pagos en relación con mi uso de productos de AbbVie, a la Fundación de Asistencia para el Paciente de AbbVie, para inscribirme en y proveerme asistencia y apoyo para los productos de AbbVie. Entiendo que la información divulgada mediante esta Autorización dejará de estar protegida por HIPAA. Además, entiendo que, si mis compañías de salud usan o divulgan mi información personal para propósitos de mercadeo, puede que reciban remuneración económica.

Entiendo que no es requerido firmar esta Autorización y que mis compañías de salud no condicionarán mi tratamiento, pago, inscripción ni elegibilidad de beneficios en que firme esta Autorización. Sin embargo, entiendo que, de no firmar esta Autorización, no puedo participar en myAbbVie Assist (de calificar). Esta Autorización expirará en 10 años o en un periodo más corto si la ley estatal lo requiere, a menos que la cancele antes llamando al 1-800-222-6885 o escribiendo a myAbbVie Assist, PO BOX 270, Somerville, NJ 08876. Entiendo que cancelar mi Autorización no afectará ningún uso de mi información que ocurriera antes de procesar mi solicitud.

TÉRMINOS DE PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE

myAbbVie Assist provee medicamentos gratuitos a pacientes que califican. La participación en nuestro programa es gratuita; no hay cargos para las personas que solicitan nuestra asistencia. La asistencia con el medicamento depende de su capacidad para cumplir con los criterios de elegibilidad del programa según determinado por myAbbVie Assist. myAbbVie Assist no tiene ninguna obligación de proveerle los servicios del programa y no es responsable de proveerle estos servicios. myAbbVie Assist puede cambiar o descontinuarse sin notificación. Usted no solicitará reembolso por ningún producto despachado bajo este programa. Usted notificará al programa si su seguro o situación económica cambia. De esta solicitud haberla completado un representante personal, el representante personal le proveerá una copia de esta solicitud completada.

De ser miembro de un plan de Medicare, incluido un plan de medicamentos recetados de Medicare, y está calificado para la asistencia del programa, usted: (i) será elegible para obtener el medicamento del programa por un término de año calendario (ii) no comprará este medicamento con su plan de Medicare mientras está inscrito en el programa; (iii) no someterá reclamos ni solicitará crédito por dinero desembolsado (TrOOP, por sus siglas en inglés) por el medicamento provisto durante su inscripción; (iv) proveerá notificación escrita a su plan de medicamentos recetados de Medicare, si aplica, de que está recibiendo su medicamento de forma gratuita fuera del beneficio de la Parte D de Medicare.

De tener preguntas, desear actualizar su información o terminar su inscripción, llame al 1-800-222-6885 o escríbanos al PO BOX 270, Somerville, NJ 08876.

NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE

myAbbVie Assist usará y divulgará a terceros autorizados su información personal, incluida su información financiera y de salud, obtenida en este formulario de inscripción y mediante su participación en el programa para los siguientes propósitos:

(1) Para determinar su elegibilidad para el programa y proveerle servicios relacionados, entre ellos la transferencia a un programa de pagador privado o público separado, servicios de reembolso, servicios de envío de su medicamento y otros servicios de apoyo.
(2) Para llevar a cabo análisis de investigación y datos para desarrollar y evaluar productos, servicios, materiales y tratamientos.
(3) Para administrar y mantener la calidad del programa incluidos, pero sin limitarse a, revisión de caso, verificación de cumplimiento, revisión de auditoría y propósitos de contabilidad.

Para información adicional de cómo AbbVie procesa su información personal, visite www.abbvie.com/privacy.html