

SOLICITUD PARA AVYCAZ® (avibactam/ceftazidima) para inyección, DALVANCE® (dalacancina) para inyección y TEFLARO® (ceftarolina fosamil) para inyección

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
 - Si esta solicitud es para un reemplazo del producto, someta en 10 días laborables a partir de la fecha del despacho e incluya prueba del despacho. Si el paciente no tiene seguro, incluya una denegación del reclamo con fecha en el lapso de 60 días.
 - El paciente debe firmar la solicitud en la página 3.
- **SECCIÓN 3:** Información del producto
- **SECCIÓN 4:** Certificación del médico y la firma
 - Revisamos las solicitudes en el lapso de un día laborable. Le notificaremos una vez hayamos revisado su solicitud por teléfono o fax.

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

- **SECCIÓN 5:** Información del paciente
 - **SECCIÓN 6:** Información financiera
 - Marque el recuadro en la Sección 8. De ser posible, incluya prueba de ingresos de todos los miembros del hogar para ayudarnos a determinar su elegibilidad, preferiblemente una copia de su declaración de impuestos federales actual.
 - **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 lo que desembolsa por concepto de gastos médicos o medicamentos. Esta información nos ayudará a revisar su elegibilidad para nuestro programa.
 - Si su aseguradora le ha denegado cobertura del producto, incluya una copia de la denegación de la cubierta.
 - **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.
 - Marque el recuadro en la Sección 8 para autorizarnos a verificar su ingreso de forma electrónica y así poder revisar su solicitud con mayor prontitud.
 - 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: 1-866-483-1305

Una vez se revise la solicitud completada, le notificaremos al médico y al paciente sobre la elegibilidad. De aprobarse, enviaremos el medicamento a la oficina médica o lugar de atención médica.

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

myAbbVie Assist es ofrecido por AbbVie Inc. y el AbbVie Patient Assistance Foundation es una entidad legal separada de AbbVie Inc.

SOLICITUD PARA AVYCAZ® (avibactam/ceftazidima) para inyección, DALVANCE® (dalacancina) para inyección y TEFLARO® (ceftarolina fosamil) para inyección

PO BOX 270, Somerville, NJ 08876 TELÉFONO: 1-800-222-6885 FAX: 1-866-483-1305

5 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____		Fecha de nacimiento: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Núm. de SS (últimos cuatro dígitos solamente): _____		Si no tiene número de SS, marque aquí: <input type="checkbox"/>	
Dirección postal: _____		Pueblo/Estado/Código postal: _____	
Teléfono de preferencia: _____		Otro teléfono: _____	
<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa	
Marque el recuadro para recibir mensajes de texto* <input type="checkbox"/> Móvil: _____		Correo electrónico: _____	
<small>* Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto recurrentes de myAbbVie Assist, incluidas actualizaciones del servicio y recordatorios de medicamentos al número anterior. Pueden aplicar tarifas de mensajería y datos. No se me requiere consentir ni dar mi consentimiento como una condición para recibir bienes o servicios. Puedo responder AYUDA (HELP) para recibir ayuda. Puedo enviar un texto de PARAR (STOP) para abandonar la suscripción en cualquier momento.</small>			
Nombre del médico que ofrece tratamiento: _____		Número de teléfono del médico: _____	

6 INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingreso mensual total de todos en el hogar: \$ _____	Marque el recuadro en la Sección 8 autorizándonos a verificar de forma electrónica sus ingresos.
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

Provea detalles del seguro a continuación e incluya copia por ambos lados de todas las tarjetas del seguro. Además, incluya una lista detallada de las recetas, como un documento de la farmacia y de gastos médicos de su hogar para ayudarnos a determinar su elegibilidad en el programa

INFORMACIÓN DEL SEGURO	Número de grupo o póliza	Nombre del seguro y teléfono
Medicare		
Medicare Parte B <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Medicare Complementario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Medicare Advantage Plan <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Medicaid <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Seguro privado/comercial <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

INCLUYA COPIA POR AMBOS LADOS DE TODAS LAS TARJETAS DEL SEGURO

8 CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE REVISE LA AUTORIZACIÓN DE HIPAA, LOS TÉRMINOS DE PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE Y LA NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD EN LA SECCIÓN 10 PARA ENTENDER CÓMO USAMOS SU INFORMACIÓN PERSONAL

Confirmo que la información que proveo es precisa y completa y entiendo los Términos de Participación del Paciente en la página 4.

MARQUE EL RECUADRO	<input type="checkbox"/>	<p>Entiendo que estoy proveyendo instrucciones escritas al Programa conforme a la Ley de Informe Justo de Crédito autorizando al Programa a obtener información acerca de mi perfil de crédito por parte de agencias de informe de crédito u otras fuentes. Autorizo al Programa a obtener dicha información solo para determinar la elegibilidad en PAP.</p>
FIRMA Y FECHA	X	<p>Con mi firma a continuación certifico que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con la divulgación de mi información de salud protegida de conformidad con la autorización de HIPAA en la Sección 10.</p> <p style="text-align: center;">_____ X _____</p> <p style="text-align: center;">FIRMA DEL PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL (indique la relación) FECHA</p>

9 PERMISO ADICIONAL PARA PROPÓSITOS DEL PROGRAMA (opcional)

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

Nombre: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

SOLICITUD PARA

AVYCAZ® (avibactam/ceftazidima) para inyección, DALVANCE® (dalacancina) para inyección y TEFLARO® (ceftarolina) para inyección

PO BOX 270, Somerville, NJ 08876 TELÉFONO: 1-800-222-6885 FAX: 1-866-483-1305

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

AUTORIZACIÓN DE HIPAA Provea su 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 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 caducará 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. El programa puede cambiar o discontinuarse sin notificación. Usted no solicitará reembolso por ningún producto despachado mediante 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 completada de esta solicitud.

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) myAbbVie Assist le informará a su Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, si aplica, que usted está recibiendo su medicamento sin costo 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 escribanos al PO BOX 270, Somerville, 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 obtener información de su perfil de crédito acerca de su ingreso con el único propósito de determinar elegibilidad en el programa. Esta notificación sirve de instrucciones escritas de conformidad con la Ley de Informe Justo de Crédito la cual autoriza a myAbbVie Assist a obtener esta información.
- (3) Para llevar a cabo análisis de investigación y datos para desarrollar y evaluar productos, servicios, materiales y tratamientos.
- (4) Para administrar y mantener la calidad del programa, incluidos, pero sin limitarse a, revisión de caso, verificación de cumplimiento, auditorías y propósitos de contabilidad.

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