

## SOLICITUD PARA

ACUVAIL® (ketorolac trometamina en solución oftálmica), ALPHAGAN® P (brimonidina tartrato en solución oftálmica), COMBIGAN® (brimonidina tartrato/timolol maleato en solución oftálmica), DURYSTA™ (bimatoprost en implante), LUMIGAN® (bimatoprost en solución oftálmica) 0.01%, OZURDEX® (dexametasona en implante intravítreo), RESTASIS® (ciclosporina en emulsión oftálmica) y XEN® Gel Stent

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 del médico y la firma

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

- **SECCIÓN 5:** Información del paciente
- **SECCIÓN 6:** Información financiera
  - Incluya documentación financiera de todos en el hogar. Es preferible que incluya copia de su declaración de impuestos federales actual. Marque el recuadro en la Sección 8 para que podamos revisar su solicitud con mayor rapidez.
  - Si tiene cubierta de seguro, incluya una lista de lo que desembolsa por concepto de 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 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. 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.
  - Marque el recuadro en la Sección 8 para autorizarnos a verificar su ingreso de manera electrónica y poder revisar su solicitud con mayor rapidez.
  - 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 paciente y al médico sobre la elegibilidad. De aprobarse, enviaremos el medicamento a la oficina médica. La mayoría de los productos pueden enviarse a la casa del paciente de solicitarlo. 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.

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



## SOLICITUD PARA

**ACUVAIL® (ketorolac trometamina en solución oftálmica), ALPHAGAN® P (brimonidina tartrato en solución oftálmica), COMBIGAN® (brimonidina tartrato/timolol maleato en solución oftálmica), DURYSTA™ (bimatoprost en implante), LUMIGAN® (bimatoprost en solución oftálmica) 0.01%, OZURDEX® (dexametasona en implante intravítreo), RESTASIS® (ciclosporina en emulsión oftálmica) y XEN® Gel Stent**

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

### 1 PRESCRIBER INFORMATION

Prescriber Name:  MD  DO  Other: \_\_\_\_\_ Specialty: \_\_\_\_\_  
 Office Name: \_\_\_\_\_ Office Contact Name: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ City/State/Zip: \_\_\_\_\_  
 NPI: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
 SLN: \_\_\_\_\_ SLN Expiration Date: \_\_\_\_\_

For additional information on how AbbVie processes your personal information, please visit [www.abbvie.com/privacy.html](http://www.abbvie.com/privacy.html).

### 2 PATIENT INFORMATION

My patient's insurance denied coverage for the requested medication. Please include denial documentation.

**Patient's Name:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_

No known allergies  Allergies (Please list): \_\_\_\_\_  
 No other medications  Other Medications (Please list): \_\_\_\_\_

### 3 MEDICATION REQUESTED: MUST BE COMPLETED BY A LICENSED PRESCRIBER

MEDICATION	QUANTITY	DIRECTIONS	REORDERS/RE FILLS
		Right eye: Left eye:	

**Please check to have medication shipped to patient's home:**  *New York Prescribers; prescription form must be included. Submit prescriptions according to your specific State Laws, Rules and Regulations.*

### 4 PRESCRIBER PLEASE SIGN AND DATE • PRESCRIBER MUST MANUALLY SIGN BELOW

**RUBBER STAMPS, SIGNATURE BY OTHER OFFICE PERSONNEL OR COMPUTER-GENERATED IMAGES ARE NOT ACCEPTED**

**PRESCRIBER SIGNATURE AND DATE:**

**X** \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

**Substitution Permitted**

**Dispense as Written**

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. By signing this form, I authorize the program and its representatives to transmit this prescription form electronically, by facsimile, or by mail to a pharmacy designated by the program for the dispensing of the medication called for herein. I understand that I may not delegate signature authority. I certify that treatment with this medication is medically necessary.

**SOLICITUD PARA**

**ACUVAIL® (ketorolac trometamina en solución oftálmica), ALPHAGAN® P (brimonidina tartrato en solución oftálmica), COMBIGAN® (brimonidina tartrato/timolol maleato en solución oftálmica), DURYSTA™ (bimatoprost en implante), LUMIGAN® (bimatoprost en solución oftálmica) 0.01%, OZURDEX® (dexametasona en implante intravítreo), RESTASIS® (ciclosporina en emulsión oftálmica) y XEN® Gel Stent**  
**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:  M  F  
 Núm. de SS (últimos cuatro dígitos solamente): \_\_\_\_\_ Si no tiene número de SS, marque aquí:   
 Dirección postal: \_\_\_\_\_ Pueblo/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_  
 Dirección de envío (No P.O. Box) \_\_\_\_\_ Pueblo/Estado/Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de preferencia:  Celular  Trabajo  Casa Otro teléfono:  Celular  Trabajo  Casa  
 Marque el recuadro para mensajes de texto \*  Móvil: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\* 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.

Nombre del médico que ofrece tratamiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del médico: \_\_\_\_\_

**6 INFORMACIÓN FINANCIERA**

Ingreso mensual total de todos en el hogar: \$ \_\_\_\_\_  
 Número total de personas en el hogar (incluido usted): \_\_\_\_\_  
 Marque el recuadro en la Sección 8. Incluya documentación financiera de todos en el hogar. Es preferible que incluya copia de su declaración de impuestos federales actual. Número de personas en el hogar mayores de 18 años que reciben ingreso: \_\_\_\_\_  
 Si está asegurado, incluya una lista detallada de los gastos de recetas y médicos.  
 Estimado de costos del desembolso anual total del hogar: \$ \_\_\_\_\_ gastos por recetas \$ \_\_\_\_\_ gastos médicos

**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 los gastos por 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	
Plan Medicare Advantage	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Medicare Parte D	<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	

¿Le ha denegado su seguro cubierta para el medicamento solicitado?  Sí  No. Si es sí, incluya el documento de la denegación

**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

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

MARQUE EL RECUADRO  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.

FIRMA Y FECHA  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.

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

**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

ACUVAIL® (ketorolac trometamina en solución oftálmica), ALPHAGAN® P (brimonidina tartrato en solución oftálmica), COMBIGAN® (brimonidina tartrato/timolol maleato en solución oftálmica), DURYSTA™ (bimatoprost en implante), LUMIGAN® (bimatoprost en solución oftálmica) 0.01%, OZURDEX® (dexametasona en implante intravítreo), RESTASIS® (ciclosporina en emulsión oftálmica) y XEN® Gel Stent

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

#### AUTORIZACION 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 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) 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 escribanos 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 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](http://www.abbvie.com/privacy.html).