

Solicitud para SKYRIZI™ (rizankizumab-rzaa)

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 buscan nuestra asistencia.

LISTA DE COTEJO PARA SOMETER UNA SOLICITUD

- SI USTED ES EL MÉDICO QUE RECETA, COMPLETE LA PÁGINA 2**
 - **SECCIÓN 1:** Información del médico que receta y preferencia de envío
 - **SECCIÓN 2:** Antecedentes y diagnóstico del paciente
 - **SECCIÓN 3:** Receta
 - **SECCIÓN 4:** Certificación del médico y firma
- SI ES UN PACIENTE, COMPLETE LA PÁGINA 3. LEA LA PÁGINA 4**
 - **SECCIÓN 5:** Información del paciente
 - **SECCIÓN 6:** Información financiera y médica
 - **REQUERIDO:** Incluya verificación de ingreso de todas las personas en el hogar. Copia de su declaración de impuestos federales actual es preferible. Si no radica impuestos, documentación alterna es aceptable, como un formulario W-2, declaración del Seguro Social o talonarios de nómina.
 - **SECCIÓN 7:** Información del seguro médico
 - Si tiene seguro médico, incluya copia por ambos lados de todas las tarjetas de seguro de farmacia.
 - Para ayudarnos a determinar su elegibilidad, también incluya una lista detallada de los gastos médicos y de medicamentos del hogar. Si tiene múltiples recetas, su farmacia puede imprimirle una lista.
 - **SECCIÓN 8:** Permiso adicional para propósitos del programa (Opcional)
 - **SECCIÓN 9:** Consentimiento y firma del paciente
 - Lea cuidadosamente la autorización de HIPAA, los términos de participación y notificación de privacidad del paciente en la Sección 10 en la Página 4.
 - Provea su consentimiento de determinación de elegibilidad marcando la casilla en la Sección 9.
 - Confirme su entendimiento de nuestra política de privacidad proveyendo su firma y fecha en la Sección 9.
- Mantenga una copia para sus expedientes.**
- No grape los documentos al enviarlos por correo.**

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

myAbbVie Assist
D-617927, AP5 NE
1 N. Waukegan Rd.
North Chicago, IL 60064

Teléfono: 1-800-222-6885
Fax: 1-866-250-2803

Una vez se revise la solicitud completada, le notificaremos al médico que prescribe y al paciente sobre la elegibilidad. De aprobarse, enviaremos el medicamento al hogar del paciente a menos que se indique otra cosa en la solicitud. Antes de cada envío subsiguiente, llamaremos al paciente o al médico que prescribe para programar el próximo envío.

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

APPLICATION FOR SKYRIZI™ (rizankizumab-rzaa)

D-617927, AP5 NE; 1 N. WAUKEGAN RD
NORTH CHICAGO, IL 60064
PHONE: 1-800-222-6885 FAX: 1-866-250-2803

1 PRESCRIBER INFORMATION • SHIPPING PREFERENCE

Prescriber Name: _____ MD DO Other: _____ Derm Other: _____

Office Name: _____ Office Contact Name: _____

Address: _____ City/State/Zip: _____

NPI or SLN: _____ Phone: _____ Fax: _____

Collaborating/Supervising MD Name and NPI Name: _____ NPI: _____

Check ONLY if you prefer shipping to the Prescriber's office:

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

2 PATIENT MEDICAL HISTORY

Patient's Name: _____ **DOB:** _____ **Patient Phone:** _____ Cellphone Work Home

No known allergies Allergies (Please list): _____

No other medications Other Medications (Please list): _____

PLAQUE PSORIASIS **OTHER:** _____

3 RX: MUST BE COMPLETED BY A LICENSED PRESCRIBER AND FAXED DIRECTLY FROM PRESCRIBER'S OFFICE

	CHOOSE DIRECTIONS FOR USE BELOW	QUANTITY	REFILLS
SKYRIZI 75 mg/0.83 mL (2 syringe kit)	<input type="checkbox"/> On WEEK 0 and WEEK 4: Inject 150 mg (two 75 mg injections) SQ (Next Dose is due on Week 16)	4 syringes (2 kits) – 112 days	No Refills
	<input type="checkbox"/> EVERY 12 WEEKS: Inject 150 mg (two 75 mg injections) SQ (Starting on Week 16)	<input type="checkbox"/> 2 syringes (1 kit) – 84 days	<input type="checkbox"/> 1 year supply
	<input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Other: _____

PLEASE 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 ALLOWED**

PRESCRIBER SIGNATURE _____ **DATE:** _____

AND 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 SKYRIZI™ (rizankizumab-rzaa)

D-617927, AP5 NE; 1 N. WAUKEGAN RD
NORTH CHICAGO, IL 60064
TELÉFONO: 1-800-222-6885 FAX: 1-866-250-2803

5 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Núm. SS (últimos cuatro dígitos SOLAMENTE): ____|____|____|____ Si no tiene Núm. de SS, marque aquí:

Dirección postal: _____ Pueblo/Estado/Código postal: _____

Dirección de envío (No use P.O. Box): _____ Pueblo/Estado/Código postal: _____

Teléfono de preferencia: Celular Empleo Residencia Teléfono alternativo: Celular Empleo Residencia

Marque la casilla para mensajes de texto* Celular: _____ Correo electrónico: _____

* Estoy de acuerdo en que myAbbVie Assist me envíe mensajes de texto recurrentes, incluidas actualizaciones de servicio y recordatorios de medicamentos, al número anterior. Tarifas de mensajes y datos pueden aplicar. No se me requiere que consienta ni provea mi consentimiento como una condición para recibir bienes o servicios. Puedo responder AYUDA (HELP) para obtener ayuda. Puedo enviar el texto SUSPENDER (STOP) para darme de baja en cualquier momento.

6 INFORMACIÓN FINANCIERA Y MÉDICA

Incluya documentación financiera de todos los miembros del hogar. Una declaración de impuestos federales actuales preferible. De no radicar impuestos, documentación alterna es aceptable, como un formulario W-2, declaración del Seguro Social o talonarios de nómina.

Ingreso mensual del hogar \$ _____ Número de personas en el hogar (incluido usted) : _____ Número de personas en el hogar mayores de 18 años con ingreso : _____

Nombre del médico que ofrece tratamiento: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

**** De haber algún cambio en su información médica, llámenos al 1-800-222-6885****

7 INFORMACIÓN DEL SEGURO No tengo cobertura de seguro – pase a la Sección 8

TIPO DE SEGURO: Medicare Medicaid Privado/Comercial Otro: _____

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

SEGURO MÉDICO		SEGURO DE FARMACIA	
Compañía aseguradora: _____		Compañía aseguradora: _____	
Teléfono de la compañía aseguradora: _____		Teléfono de la compañía aseguradora: _____	
# ID de la Póliza: _____	# Grupo: _____	# ID de la Póliza: _____	# Grupo: _____
Nombre del tenedor de la póliza: _____	Relación: _____	# BIN: _____	# PCN: _____

¿Tiene seguro secundario? Sí No No está seguro

Provea su # 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 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: _____

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

Reconozco que he ofrecido información precisa y completa y entiendo los Términos de participación del paciente en la Sección 10.

MARQUE LA CASILLA: Entiendo que ofrezco instrucciones escritas al Programa bajo la Ley de Informe Imparcial de Crédito (Fair Credit Reporting Act) autorizando al Programa a obtener información relacionada a mi perfil de crédito por parte de agencias de información de crédito u otras fuentes. Autorizo al Programa a obtener dicha información solamente para determinar elegibilidad en el Programa de Asistencia al Paciente (PAP).

FIRMA Y FECHA: Mi firma a continuación certifica que he leído, entiendo y estoy de acuerdo en la divulgación de mi información de salud protegida conforme a la autorización de HIPAA en la Sección 10.

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

SOLICITUD PARA SKYRIZI™ (rizankizumab-rzaa)

D-617927, AP5 NE; 1 N. WAUKEGAN RD
NORTH CHICAGO, IL 60064
TELÉFONO: 1-800-222-6885 FAX: 1-866-250-2803

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

AUTORIZACION DE HIPAA Provea la firma en la Sección 9 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 a mi uso de productos de AbbVie, a AbbVie para inscribirme en y proveerme asistencia y apoyo al paciente 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, D-617927, AP5 NE; 1 N. Waukegan Rd, North Chicago, IL 60064. 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 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 a D-617927, AP5 NE; 1 N. Waukegan Rd, North Chicago, IL 60064.

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 como instrucciones escritas bajo la Ley de Informe Imparcial de Crédito (Fair Credit Reporting Act) para autorizar 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, revisión de auditoría y propósitos de contabilidad.

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