abbvie

Patient Access Support

LUPRON DEPOT® (acetato de leuprolida en suspensión para depósito)

LUPRON DEPOT-PED® (lacetato de leuprolida en suspensión para depósito)

El sistema Patient Access Support de AbbVie incluye programas que brindan acceso, apoyo financiero y recursos relacionados con el tratamiento para los pacientes. Podemos ayudar a identificar opciones de asistencia financiera para que los pacientes puedan acceder a los medicamentos recetados de AbbVie. Entendemos que usted es muchas cosas más que apenas su afección. Piense en nosotros como socios en su recorrido de tratamiento con medicamentos de AbbVie.

Comencemos

¿Tiene preguntas?
Llame al 1-800-222-6885

Si usted es paciente:

1. Lea detenidamente las condiciones de participación, el aviso de privacidad, la información financiera y las autorizaciones de HIPAA en las páginas 1 a 3.
2. Imprima y complete el formulario de inscripción en la página 4.
3. Brinde su consentimiento para la determinación de elegibilidad marcando las casillas en la Sección 5 y firme e indique la fecha para confirmar su comprensión de las Condiciones de participación. También debe proporcionar una firma y una fecha por separado para la autorización de HIPAA.
4. Si tiene seguro médico, incluya copias del anverso y reverso de todas las tarjetas de seguro.
5. **Lo siguente solo se aplica a los medicamentos de AbbVie que se reembolsan según un plan de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.**
   Si tiene Medicare e ingresos inferiores al 150% del límite federal de pobreza (FPL), puede reunir los requisitos para el programa "Ayuda adicional de la Parte D de Medicare", también conocido como "Ayuda Adicional", "subsidio por bajos ingresos" o "LIS". Los pacientes con Medicare y unos ingresos inferiores al 150% del FPL no podrán optar a MyAbbVie Assist a menos que hayan presentado su solicitud y se les haya denegado la admisión a dicho programa. Incluya la noticia de denegación de Benificios Adicionales junto con su inscripción en el PAP. Si sus ingresos superan el 150% del FPL, no es necesario que incluya la noticia de denegación de Beneficios Adicionales "Ayuda adicional de la Parte D de Medicare". Beneficios Adicionales es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados, para el pago de primas, y copagos de la Parte D relacionados con el plan de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información, visite https://es.medicare.gov/extrahelp.
6. Guarde una copia de esta solicitud para sus registros.

Si usted es quien receta:

1. Complete el formulario de inscripción y receta en la página 5.
2. Marque las casillas en la Sección 9 para confirmar que respeta los términos y las condiciones y que la receta es correcta, y proporcione su firma y la fecha.

Cómo enviar una solicitud

Para que AbbVie pueda comenzar a evaluar su elegibilidad para los programas de Patient Access Support, usted y el consultorio de su médico deben haber enviado las páginas 4 y 5 de este formulario junto con la documentación necesaria. El procedimiento será de alguna de las siguientes maneras:

FAX	EN LÍNEA	CORREO POSTAL
Envíe un fax a AbbVie: 1-866-483-1305	**Para obtener más información acerca de nuestro programa, visite** www.AbbVie.com/patientaccesssupport	**AbbVie Patient Access Support** PO Box 270 Somerville, NJ 08876

Tras la revisión de una solicitud completa, notificaremos la determinación de elegibilidad al médico y al paciente. Si obtiene la aprobación de myAbbVie Assist Patient Assistance, enviaremos el medicamento a la oficina del prescriptor.
Llame al 1-800-222-6885 para solicitar recargas.

Información financiera

AbbVie ofrece un programa de asistencia financiera que brinda acceso y apoyo financiero a quienes cumplen con las pautas del programa. Al firmar este formulario de solicitud, usted proporciona instrucciones por escrito al Programa, en virtud de la Ley de Informe Imparcial de Crédito (FCRA), autorizándolo a obtener información sobre su perfil crediticio de agencias de informes crediticios u otras fuentes. Usted autoriza a AbbVie a obtener dicha información exclusivamente con el fin de determinar la elegibilidad para el programa Patient Assistance Program (PAP) y para realizar una verificación electrónica de ingresos. Comprende que es posible que deba proporcionar documentación financiera adicional para consideración del programa Patient Assistance.

©2024 AbbVie

ESTA PÁGINA ES ÚNICAMENTE DE REFERENCIA.
L-APP2-24L-1 December 2024

Condiciones de participación

El sistema **AbbVie Patient Access Support** ofrece los siguientes programas de acceso:

PATIENT ASSISTANCE PROGRAM (PAP): myAbbVie Assist proporciona medicamentos gratuitos a los pacientes que califican. La participación en nuestro programa es gratuita; no cobramos ninguna tarifa a las personas que solicitan nuestra asistencia. La asistencia para los medicamentos depende de su capacidad para cumplir con los criterios de elegibilidad de nuestro programa, según lo determina myAbbVie Assist. myAbbVie Assist no tiene ninguna obligación de proporcionarle los servicios del programa y no es responsable de la prestación de estos servicios. Los pacientes con planes de seguro o empleadores que participen en un programa de financiamiento alternativo (a veces también denominados programas de defensoría de pacientes, redes especializadas, SHARx, Paydhealth o Payer Matrix, entre otros nombres) que requiera que presenten una solicitud para un programa de asistencia para pacientes del fabricante o busquen de otro modo cobertura de medicamentos especializados recetados a través de un proveedor de financiación alternativo como condición, requisito o prerrequisito para la cobertura de los productos de AbbVie relevantes, o que, de otro modo, niegue, restrinja, elimine, retrase, altere o retenga cualquier beneficio o cobertura de seguro supeditados a la solicitud, o la denegación de elegibilidad para la cobertura de medicamentos especializados recetados a través del programa de financiamiento alternativo no son elegibles para el programa myAbbVie Assist. Usted acepta informar a myAbbVie Assist si es miembro de algún plan de seguro de este tipo o si solicita myAbbVie Assist en nombre de un paciente que es miembro de este tipo de planes de seguro. El programa está sujeto a cambio o cancelación sin previo aviso. Usted no solicitará el reembolso de ningún producto entregado en el marco de este programa. Notificará al programa si su seguro o su situación financiera cambian. Si su representante personal es quien ha completado esta solicitud, le proporcionará a usted una copia de esta solicitud completa.

Si usted es miembro de un plan de Medicare que incluye un plan de medicamentos recetados de Medicare y califica para la asistencia del programa, entonces:

(i) será elegible para obtener el medicamento por parte del programa por el término de un año calendario;
(ii) no comprará este medicamento a través de su plan de Medicare mientras esté inscrito en el programa;
(iii) no presentará reclamos ni procurará créditos de desembolso real (TrOOP) por el medicamento proporcionado durante su participación en el programa;
(iv) myAbbVie Assist informará a su plan de medicamentos recetados de Medicare, si corresponde, que usted está recibiendo su medicamento sin costo por fuera del beneficio de la Parte D de Medicare.

Si tiene preguntas o si desea actualizar su información o cancelar su inscripción, llame al 1-800-222-6885 o escríbanos a PO Box 270 Somerville, NJ 08876.

©2024 AbbVie

Aviso de Privacidad

AbbVie puede recopilar sus datos personales a través de sus interacciones en línea y fuera de línea con nosotros, incluidos sus datos de contacto, de transacciones, financieros, demográficos, de seguros, de geolocalización y datos relacionados con la salud. También podemos recopilar sus datos de uso en línea automáticamente, a través de cookies y tecnologías similares. Utilizamos esta información para varios propósitos, como proporcionarle, administrar y mejorar nuestros programas, servicios y productos, personalizar sus experiencias y para estudios y análisis. Conservamos sus datos personales durante el tiempo que sea necesario para cumplir nuestras obligaciones de retención de registros. No vendemos sus datos personales, pero sí podemos usar y divulgar sus datos personales con socios de marketing y publicidad para enviarle anuncios basados en sus intereses, según se desprenda de su actividad en otros sitios y servicios no afiliados ("publicidad dirigida en línea") y para análisis de datos de sitios web. Para cancelar el uso o la divulgación de sus datos personales para publicidad dirigida en línea o para análisis de datos de sitios web, a puede visitar Sus opciones de consentimiento/retirada voluntaria, website analytics, go to Your Privacy Choices, https:// abbviemetadata.my.site.com/AbbvieDSRM en nuestro sitio web. Para obtener más información sobre las categorías de datos personales que recopilamos, con respecto a su recopilación, las divulgaciones a terceros y la retención de datos, consulte nuestra Aviso de Privacidad en https://abbv.ie/corpprivacy.

Consentimiento para el uso de sistemas automáticos

Al ingreso de un numero de teléfono, certifica que usted es el suscriptor/usuario autorizado de ese numero y acepta recibir llamadas de voz automatizadas, pregrabadas y/o artificiales de "AbbVie" a su numero de teléfono sobre soporte para el acceso a medicamentos, como notificaciones de envío.

Autorizaciones de HIPAA

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA: Autorizo a mis proveedores y personal de atención médica, plan de salud y farmacias (en conjunto, mis "Proveedores de atención médica") a divulgar información que me identifique individualmente, se refiera a mi salud o mi afección(es), tratamiento y la atención que he recibido, mi cobertura de seguro, mi información de pago y mi historial de medicamentos y recetas (en conjunto, la "Información de salud protegida") a AbbVie Inc. y/o a los afiliados, agentes, representantes y proveedores de servicios que ésta designe (en conjunto, "AbbVie") para que (i) me inscriba, proporcione, opere y administre el programa AbbVie Financial Support Program (el "Programa"); (ii) me brinde información sobre el Programa; y (iii) desarrolle, evalúe y mejore los productos, servicios, materiales y programas relacionados con mi afección o tratamiento. Entiendo que la Información de salud protegida divulgada a AbbVie en virtud de esta Autorización ya no estará protegida por HIPAA y puede estar sujeta a que AbbVie la vuelva a divulgar. Entiendo que no se me obliga a firmar esta Autorización y que mis Proveedores de atención médica no condicionarán de otra manera mi tratamiento, pago, inscripción en el seguro médico o elegibilidad para los beneficios de atención médica a los que tengo derecho si yo decido firmar o no esta Autorización. Sin embargo, entiendo que si no firmo esta Autorización, no puedo participar en el Programa. Entiendo que esta Autorización caducará una vez que deje de participar en el Programa, a menos que la cancele antes.

Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento, realizando una solicitud de derechos de sujeto de datos en https://abbv.force.com/AbbvieDSRM/s/?language=en_US O escribiendo a privacydsr@abbvie.com. Sin embargo, entiendo que si cancelo esta Autorización, con ello se dará de baja mi inscripción en el Programa. Entiendo que la cancelación de esta Autorización no afectará ningún uso o divulgación de mi Información de salud protegida que ya haya tenido lugar, en virtud de esta Autorización.

©2024 AbbVie

Patient Access Support: Formulario de inscripción

POR FAVOR, ENTREGUE ESTA PÁGINA.
Envíe un fax a AbbVie: 1-866-483-1305

Por favor, use letra imprenta clara. ⇩ PARA QUE COMPLETE EL PACIENTE ⇩

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Consulte el Aviso de privacidad, en la página 3, para obtener información sobre cómo se recopilarán, utilizarán y divulgarán sus datos personales.

NOMBRE: **APELLIDO:**

FECHA DE NACIMIENTO: / / **SEXO:** ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO **SSN (últimos cuatro dígitos SOLAMENTE):**

DIRECCIÓN POSTAL: **CIUDAD:** **ESTADO:** **CÓD. POSTAL:**

DIRECCIÓN DE ENVÍO (no puede ser una casilla postal): **CIUDAD:** **ESTADO:** **CÓD. POSTAL:**

TELÉFONO: ☐ CASA ☐ MÓVIL* **CORREO ELECTRÓNICO:**

*Consulte el formulario de **consentimiento para uso de sistemas automatizados** de números de teléfono, incluidas las llamadas automáticas, en la página 3.*
OPCIONAL: Para dar su consentimiento para recibir mensajes de texto SMS, consulte el lenguaje de consentimiento en la sección **consentimiento del paciente.*

2 INFORMACIÓN DEL SEGURO: Se **REQUIERE** una copia del anverso y reverso de **TODAS** las tarjetas de seguro.

TIPO DE SEGURO: ☐ Sin seguro ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Seguro privado/comercial (*¿Tiene seguro a través de un empleador?:* ☐ SÍ ☐ NO) ☐ Otro: _____

¿SU SEGURO LE HA DENEGADO LA COBERTURA DEL MEDICAMENTO SOLICITADO?* ☐ **SÍ** ☐ **NO** ** En caso afirmativo, incluya el documento de denegación.*

NOMBRE DEL EMPLEADOR (si corresponde): COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA MEDICAMENTOS RECETADOS:

COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO: N.º de id. para recetar: N.º deGRUPO PARA recetas:

N.º de ID MÉDICA: N.º DE GRUPO: N.º BIN de Rx: N.º de PCN de Rx:

NOMBRE DEL TITULAR DE LA TARJETA: Ingreso total mensual de todos los miembros del hogar: $

Proporcione su número de identificación de la Parte A de Medicare: Número total de personas en su hogar *(incluido usted mismo)*:

¿Su empleador, compañía de seguros u otro tercero le indicó que se inscriba en el programa de asistencia para pacientes de AbbVie? ☐ **SÍ** ☐ **NO**

¿TIENE ALGÚN COMPLEMENTO DE MEDICARE?: ☐ **SÍ** ☐ **NO** ☐ **NO TENGO CERTEZA**

3 INFORMACIÓN DE QUIEN EMITE LA RECETA:

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE:

TELÉFONO DEL CONSULTORIO: **FAX DEL CONSULTORIO:**

4 PERMISO ADICIONAL RELACIONADO CON EL PROGRAMA (opcional):

☐ Autorizo a AbbVie a hablar con la siguiente persona sobre la presente solicitud: (AbbVie se reserva el derecho de limitar algunas comunicaciones relacionadas con el programa solo al paciente y/o a su representante legal).

NOMBRE: **RELACIÓN:** **NÚMERO DE TELÉFONO:**

5 CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE: Revise las Condiciones de participación, el Aviso de privacidad, la Información financiera y las Autorizaciones de HIPAA en las páginas 1 a 3.

☐ **CONSENTIMIENTO PARA LA LEY DE INFORME IMPARCIAL DE CRÉDITO (OBLIGATORIO):** Comprendo que estoy proporcionando instrucciones por escrito al Programa, en virtud de la Ley de Informe Justo de Crédito (FCRA), facultándolo así a obtener información sobre mi perfil crediticio de agencias de informes crediticios u otras fuentes. Autorizo al Programa a obtener dicha información únicamente para determinar la elegibilidad para el PAP.

☐ **CONSENTIMIENTO PARA MENSAJES DE TEXTO SMS (OPCIONAL):** Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto automáticos y recurrentes de "AbbVie", incluidas actualizaciones de servicios, mensajes de marketing, recordatorios de resurtido y notificaciones de recetas al número de teléfono móvil que indiqué más arriba. Es posible que se apliquen tarifas por mensajes y datos. No tengo la obligación de otorgar mi consentimiento como condición para recibir bienes o servicios. Puedo responder HELP para obtener ayuda. Puedo responder STOP para cancelar mi participación en cualquier momento. Consulte el Aviso de Privacidad en https://abbv.ie/corpprivacy y las condiciones para el uso del sistema móvil en https://privacy.abbvie/us-mobile-terms-and-conditions.html.

☐ **CONSENTIMIENTO PARA MARKETING (OPCIONAL):** Doy mi consentimiento para la recopilación, el uso y la divulgación de mis datos personales relacionados con la salud para recibir comunicaciones de AbbVie sobre sus productos, programas, servicios, investigaciones científicas y otras oportunidades de investigación, y para publicidad dirigida en línea, como se describe con más detalle en las secciones "Cómo podemos usar los datos personales", https://abbv.ie/PrivacyUseData, "Cómo podemos divulgar los datos personales", https://abbv.ie/PrivacyDiscloseData y "Cookies y tecnologías similares de seguimiento y recopilación de datos", https://abbv.ie/PrivacyTrackingCollection de nuestro Aviso de privacidad, https://abbv.ie/corpprivacy. Se requiere mi consentimiento para procesar datos personales confidenciales según ciertas leyes de privacidad, y tengo derecho a revocar mi consentimiento visitando "Sus opciones de consentimiento/retirada voluntaria", https://abbviemetadata.my.site.com/AbbvieDSRM en el sitio web de AbbVie.

CONSENTIMIENTO PARA PROCESAR MI INFORMACIÓN PERSONAL CONFIDENCIAL: Al enviar el formulario de AbbVie Patient Access Support, doy mi consentimiento para la recopilación, el uso y la divulgación de mis datos personales de salud, como se describe en el Aviso de privacidad anterior y en el Aviso de privacidad de AbbVie en la sección "How We May Disclose Personal Data" https://abbv.ie/PrivacyDiscloseData. Se requiere mi consentimiento para procesar datos personales confidenciales según ciertas leyes de privacidad, y tengo derecho a retirar mi consentimiento visitando "Your Privacy Choices", https://abbviemetadata.my.site.com/AbbvieDSRM en el sitio web de AbbVie.

Mi firma a continuación certifica que he proporcionado información precisa y completa, y que he leído, entendido y estoy de acuerdo con las Condiciones para la participación del paciente, en la página 2.

OBLIGATORIO—FIRMA DEL PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL*: **FECHA:** / /

RELACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL AL PACIENTE:

Mi firma certifica que he leído, enterdido y estoy de acuerdo con la divulgación de mi Información de salud protegida de conformidad con la Autorización de HIPAA.
Nota: Tiene derecho a recibir una copia de esta Autorización. Puede imprimir una copia o guardar esta Autorización y conservar una copia para sus archivos.

OBLIGATORIO—FIRMA DEL PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL*: **FECHA:** / /

RELACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL AL PACIENTE:

**Solo representantes con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica, pueden presentar una solicitud en nombre de un paciente. Indique la relación debajo de la firma si esta firmando en nombre del paciente.*

©2024 AbbVie

Please print clearly.

⇩ FOR HEALTH CARE PROVIDER USE ONLY ⇩

Must be completed by a licensed prescriber and faxed directly from a healthcare office.

6 PRESCRIBER INFORMATION:

PRESCRIBER'S NAME: ☐ MD ☐ DO ☐ OTHER:

NPI #: **SLN:** **SLN EXPIRATION DATE:** / /

OFFICE CONTACT NAME: **OFFICE PHONE:** **OFFICE FAX:**

ADDRESS: **CITY:** **STATE:** **ZIP:**

(if applicable) **COLLABORATING MD NAME:** *(if applicable)* **NPI #:**

7 PATIENT INFORMATION:

PATIENT NAME: **DOB:** / / **PHONE:**

DRUG ALLERGIES:

CONCOMITANT MEDICATIONS:

HAS YOUR PATIENT'S INSURANCE DENIED COVERAGE FOR THE REQUESTED MEDICATION?* ☐ YES ☐ NO
**If yes, please include denial document.*

8 PRESCRIPTION INFORMATION: PLEASE SUBMIT PRESCRIPTIONS ACCORDING TO YOUR SPECIFIC STATE LAWS, RULES AND REGULATIONS.

MEDICATION REQUESTED:

☐ **LUPRON DEPOT** 11.25 mg 3 month	☐ **LUPRON DEPOT-PED** 11.25mg 3 month	☐ **LUPRON DEPOT** 3.75 mg
☐ **LUPRON DEPOT** 22.5 mg 3 month	☐ **LUPRON DEPOT-PED** 30mg 3 month	☐ **LUPRON DEPOT** 7.5 mg
☐ **LUPRON DEPOT** 30mg 4 month	☐ **LUPRON DEPOT-PED** 7.5 mg	
☐ **LUPRON DEPOT** 45mg 6 month	☐ **LUPRON DEPOT-PED** 11.25 mg	
	☐ **LUPRON DEPOT-PED** 15mg	
	☐ **LUPRON DEPOT-PED** 45mg 6 month	

9 PRESCRIBER CERTIFICATION: See Program Terms of Participation on page 2.

☐ **SUBSTITUTION PERMITTED** ☐ **DISPENSE AS WRITTEN**

I understand that this prescription may be transmitted to an AbbVie-authorized pharmacy for patient enrollment in an AbbVie sponsored program for free product. I certify that the above therapy is medically necessary and that the information provided is accurate to the best of my knowledge. 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.

myAbbVie Assist Program: myAbbVie Assist reserves the right to request additional information if needed and to change or discontinue the program at any time, without notice. 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.

PRESCRIBER'S SIGNATURE (REQUIRED): **DATE:** / /

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

Privacy Notice for Prescriber: *For information on how we collect and process your personal data, including the categories we collect, purposes for their collection, and disclosures to third parties, visit https://abbv.ie/PrivacyHCP.*

©2024 AbbVie