LILLY CARES® FOUNDATION, INC.

Solicitud del Programa de Asistencia al Paciente

Lilly Cares Foundation, Inc. ("Lilly Cares") es una organización sin fines de lucro que ofrece el Programa de Asistencia al Paciente de Lilly Cares (el "Programa") para ayudar a los pacientes que califiquen a obtener determinados medicamentos de Eli Lilly and Company sin costo alguno. Este formulario de solicitud es para los pacientes que deseen postularse para recibir los medicamentos disponibles sin costo alguno a través del Programa.

En **www.lillycares.com**, hay disponible una solicitud electrónica, la cual recomendamos para reducir el papeleo y las posibles demoras.

Medicamentos Proporcionados por el Programa Lilly Cares

Por el momento, no se aceptan nuevas aplicaciones para Trulicity®, a menos que sean casos limitados de excepción médica.
Visita **lillycares.com/how-to-apply** para conocer los requisitos y el formulario de excepción médica.
Lilly Cares aceptará solicitudes de reinscripción de quienes están actualmente inscritos para Trulicity.

Medicamentos del Grupo 1

- Cialis® (tadalafilo), tabletas
- Emgality® (galcanezumab-gnlm), inyección
- Forteo® (inyección de teriparatida)
- Reyvow® (lasmiditán)
- Trulicity® (dulaglutida), inyección

Medicamentos del Grupo 2

- Basaglar® (inyección de insulina glargina)
- Humalog® (inyección de insulina lispro)
- Humulin® (insulina humana)
- Lyumjev® (insulina lispro-aabc), inyección

Medicamentos del Grupo 3

- Ebglyss™ (lebrikizumab-lbkz) para inyección
- Humatrope® (somatropina) para inyección
- Omvoh® (mirikizumab-mrkz), infusión†
- Omvoh® (mirikizumab-mrkz), inyección
- Olumiant® (baricitinib), tabletas
- Taltz® (ixekizumab), inyección

Medicamentos del Grupo 4

- Alimta® (pemetrexed para inyección)†
- Cyramza® (ramucirumab)†, inyección
- Erbitux® (cetuximab)†, inyección
- Jaypirca® (pirtobrutinib), tabletas
- Kisunla™ (donanemab-azbt), inyección†
- Retevmo® (selpercatinib), tabletas
- Verzenio® (abemaciclib), tabletas

† indica medicamento por infusión

Para calificar, debes cumplir con todos los requisitos que se enumeran a continuación:

- Tu profesional de la salud debe haberte recetado un medicamento de Lilly que califique.
- Eres residente permanente de Estados Unidos (incluidos Puerto Rico o las Islas Vírgenes de los EE. UU.).
- Cumples con los requisitos de las pautas del programa con respecto al ingreso familiar (que se muestra a continuación).
- No estás inscrito en Medicaid ni recibes el Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés; en adelante "Ayuda Adicional") completo o los beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos ("VA", por sus siglas en inglés).
- Lo que se menciona a continuación se aplica a tu cobertura de seguro:
  - En los siguientes casos de los Medicamentos del Grupo 1, 2 y 3:
    1) No dispones de un seguro; 2) tienes cobertura de Medicare Parte D (no aplicable para los medicamentos por infusión†); o 3) tienes cobertura de Medicare Parte B, pero sin seguro complementario o secundario (p. ej., seguro privado que proporcionaba un empleador anterior, Medigap o Medicare Advantage).
  - En los siguientes casos de los Medicamentos del Grupo 4:
    1) No dispones de un seguro; 2) tienes cobertura de Medicare Parte D (no aplicable para los medicamentos por infusión†); 3) tienes cobertura de Medicare Parte B, pero sin seguro complementario o secundario (p. ej., seguro privado que proporcionaba un empleador anterior, Medigap o Medicare Advantage); o 4) si tu seguro no cubre la medicación, aún puedes ser elegible. Para obtener información más detallada, visita: **https://www.lillycares.com/assets/pdf/insuranceverification.pdf**.
- Para **TODOS los Medicamentos**: no tienes un plan de seguro o un tercero que te obligue a solicitar el Programa Lilly Cares como condición, requisito o prerrequisito para obtener la cobertura de los medicamentos específicos de Eli Lilly and Company. A continuación, se proporciona la información adicional de dichos programas no elegibles, que se denominan generalmente como programas de financiamiento alternativo, programas de defensa del paciente con fines de lucro o redes de control de gastos de especialidades (los cuales se conocen en conjunto como "AFP", por sus siglas en inglés)*.
- Si se aplica a un medicamento por infusión, el tratamiento se debe proporcionar en un entorno ambulatorio.
- En el caso de que el profesional de la salud busque un producto de reemplazo para un medicamento oncológico por infusión que ya se haya administrado, el tratamiento se debe haber recibido durante los últimos 180 días.

Límite Anual del Ingreso Familiar Ajustado

Los montos en dólares enumerados en esta tabla se basan en las Pautas del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés). Los límites de ingresos están sujetos a cambios sobre una base anual; los límites actuales reflejan las pautas del FPL 2025. Visita **www.aspe.hhs.gov/poverty** para conocer las pautas más actuales.

Cantidad Total de Personas en tu Hogar (Incluidos tú y todos los miembros de tu familia)	1	2	3	4
Medicamentos del Grupo 1 (en el FPL igual o inferior al 300%)	$46,950	$63,450	$79,950	$96,450
Medicamentos del Grupo 2 (en el FPL igual o inferior al 400%)	$62,600	$84,600	$106,600	$128,600
Medicamentos del Grupo 3 y Grupo 4 (en el FPL igual o inferior al 500%)	$78,250	$105,750	$133,250	$160,750

Si vives en Alaska o Hawái, o más de cuatro personas viven en tu hogar, llámanos al 1-800-545-6962 para conocer los límites de ingreso bruto ajustado.

* La Fundación Lilly Cares Foundation ofrece el Programa de Asistencia al Paciente Lilly Cares como un programa de beneficencia para aquellos pacientes con necesidades financieras, en función de sus ingresos y otros criterios de elegibilidad. Si un empleador, un plan o un tercero les indica a los pacientes que deben solicitar el Programa Lilly Cares como una condición, un requisito o un prerrequisito de cobertura, o modifica la cobertura en función de la solicitud o disponibilidad del Programa Lilly Cares, dichos individuos no serán elegibles para el Programa Lilly Cares. Además, si un empleador o un plan requiere que se envíe una solicitud a Lilly Cares por medio de un AFP, como se definió anteriormente, ese solicitante no es elegible para el Programa Lilly Cares, incluso si se cumplen los criterios de elegibilidad. Se bloqueará la participación de las solicitudes que infrinjan estos requisitos en el programa Lilly Cares, y Lilly Cares se reserva el derecho de tomar medidas adicionales según sea necesario, incluso contra terceros. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad de Lilly Cares, así como una lista de los AFP, visita **https://lillycares.com/assets/pdf/toapplycheckEligibility.pdf**.

PP-AP-US-0673 03/2025 © Lilly Cares® Foundation 2025. Todos los derechos reservados.

¿Cómo me puedo postular para el Programa Lilly Cares?

Para postularte, debes completar los siguientes pasos:

1. Accede a la última solicitud del Programa en **www.lillycares.com** o poniéndote en contacto con Lilly Cares. No se aceptarán solicitudes vencidas.

2. Confirma que **calificas** para **el Programa Lilly Cares** (página 1).

3. Lee el **Aviso de Privacidad** (página 3).

4. Completa la **Sección de Información para el Paciente** (páginas 4 y 5).

5. Lee y firma el **Acuerdo de Certificación del Paciente** (página 6).

6. Lee y firma la **Autorización de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés)** (página 7).

7. Pídele a tu profesional de la salud que **complete y firme la Sección del Profesional de la Salud/Prescriptor** (páginas 8 y 9).

8. **Envía por fax la solicitud completa y firmada a Lilly Cares** (o solicita que en el consultorio de tu profesional de la salud lo hagan por ti). Si cuentas con seguro y solicitas un tratamiento del Grupo 4 o una medicación infundida, adjunta la documentación de verificación del seguro.* Para obtener información más detallada, visita: **https://www.lillycares.com/assets/pdf/insuranceverification.pdf**.

   Número de fax: 1-844-431-6650

   * No se requiere documentación del seguro para pacientes de Medicare Parte D que soliciten un producto autoadministrado del Grupo 4

9. Después de revisar tu solicitud, **se les enviará una carta a ti y a tu profesional de la salud,** a fin de informarles si calificas para el Programa Lilly Cares.

Uso de Terceros para Postular

Lilly Cares no les cobra una tarifa a los pacientes por proporcionarles ayuda con su inscripción, por el resurtido de sus medicamentos ni por su participación en el programa. Lilly Cares no cuenta con afiliaciones de terceros que cobren por brindar la misma asistencia que Lilly Cares te proporciona de forma gratuita. Para obtener asistencia, llama a Lilly Cares al 1-800-545-6962.

PP-AP-US-0673 03/2025 © Lilly Cares® Foundation 2025. Todos los derechos reservados.

Aviso de Privacidad

La finalidad de este Aviso de Privacidad ("Aviso") es proporcionarte información acerca de los datos personales, incluida la información de salud y financiera, que Lilly Cares Foundation, Inc. ("Lilly Cares") (colectivamente, "nosotros", "nos" o "nuestro") puede recopilar, utilizar, divulgar o procesar de otro modo, y tus derechos y opciones con respecto a tu información. Este aviso tiene como objetivo complementar la **Declaración de Privacidad de Eli Lilly and Company (https://privacynotice.lilly.com)** y el **Aviso de Privacidad de Salud del Consumidor (https://www.lillyhub.com/legal/lillyusa/CHPN.html)**, a los que se puede acceder en los pie de página de los sitios web de Eli Lilly and Company. Lilly Cares podría compartir tu información personal con Eli Lilly and Company y sus filiales a nivel mundial, lo que incluye a sus empleados, agentes, contratistas, proveedores, subsidiarias y socios comerciales (quienes podrían estar trabajando en la administración de Lilly Cares y el Programa de Asistencia al Paciente Lilly Cares [el "Programa"]).

Las categorías de información de salud que recopilamos dependerán de cómo interactúas con nuestros servicios y de la información que elijas proporcionar. Podemos recopilar lo siguiente:

- Afecciones, tratamientos, enfermedades o diagnósticos de salud.
- Intervenciones sociales, psicológicas, conductuales y médicas.
- Cirugías o procedimientos relacionados con la salud.
- Uso o compra de medicamentos recetados.
- Funciones corporales, signos vitales, síntomas o mediciones de otros tipos de datos de salud del consumidor.
- Diagnósticos, pruebas de diagnóstico, tratamientos o medicamentos.
- Información de salud reproductiva o sexual.
- Datos biométricos.
- Datos genéticos.
- Datos que identifican a un consumidor que busca servicios de atención médica.
- Información sobre beneficios de seguro médico y de medicamentos recetados.
- Otra información que se puede utilizar para inferir u obtener datos relacionados con lo anterior u otra información de salud.

Con tu consentimiento, podemos utilizar la información de salud que recopilamos para los siguientes fines, como se describe con más detalle en nuestras declaraciones de privacidad:

- Prestación de servicios y apoyo.
- Análisis y mejoras.
- Adaptación y personalización.
- Marketing y publicidad.
- Seguridad y protección de derechos.
- Procedimientos y obligaciones legales.
- Apoyo operativo y comercial general.

No vendemos ni compartimos tu información de salud con terceros sin tu consentimiento o autorización. Podemos divulgar información de salud a entidades o personas que trabajan como encargados en nuestro nombre para proporcionarte los servicios que solicitas, incluida la administración del Programa.

Es posible que utilicemos y guardemos tu información personal y de salud con el fin de cumplir obligaciones legales o regulatorias que son del legítimo interés de Lilly, cumplir propósitos comerciales legítimos y legales (conforme a los propósitos de beneficencia de Lilly Cares), de acuerdo con nuestras políticas de retención de registros, así como con las leyes y regulaciones aplicables, y para responder a solicitudes legales de parte de las autoridades públicas, incluso a fin de cumplir con solicitudes de seguridad o de cumplimiento de la ley a nivel nacional.

Parte de esta información personal podría considerarse confidencial en virtud de las leyes aplicables, como la información sobre tu salud o diagnóstico médico y la información demográfica recopilada en determinadas circunstancias, como la raza, el origen étnico y la orientación sexual. Podríamos tratar tu Información Personal confidencial con tu consentimiento o según lo permita la ley.

Tras la verificación, tienes derechos con respecto a la recopilación, el uso y el almacenamiento de tu información. Estos derechos pueden incluir el acceso a tu información y cómo esta se utiliza o comparte; el derecho a corregir, eliminar o limitar el uso de tu información, o bien el retiro del consentimiento para que recopilemos y utilicemos tu información. Puede haber ciertas excepciones y limitaciones que se aplican a tu solicitud, incluido el derecho de transmitir tu información a otra entidad o persona en un formato legible por máquina. Para ejercer tus derechos, tú o tu representante autorizado pueden presentar una solicitud a **datarights@lilly.com** o al 1-800-Lilly-Rx (1-800-545-5979) (que responderá a la solicitud en nombre de Lilly Cares y las entidades mencionadas anteriormente). No te discriminarán por ejercer ninguno de tus derechos. Es posible que tengas derecho, en virtud de la ley aplicable, a apelar una negativa a tomar medidas en relación con tu solicitud. Para hacerlo, comunícate con nosotros mediante uno de los métodos que se indican aquí o en la sección Cómo Comunicarte con Nosotros del Aviso de Privacidad en línea.

Si deseas presentar una queja con respecto a la manera en la que manejamos tu información personal, puedes comunicarte con la Oficina de Privacidad Global y con el Director de Protección de Datos de Eli Lilly and Company al correo **privacy@lilly.com**, quienes investigarán el asunto (en nombre de Lilly Cares y las entidades mencionadas anteriormente). Si no estás satisfecho con nuestra respuesta o tienes alguna inquietud acerca de cómo se procesan tus datos, puedes registrar una queja con una autoridad regulatoria pertinente (p. ej., una Autoridad de Protección de Datos [DPA, por sus siglas en inglés] o un Fiscal General).

PP-AP-US-0673 03/2025 © Lilly Cares® Foundation 2025. Todos los derechos reservados.

Sección de la Información del Paciente

Completa todos los campos de esta página. Si tu solicitud no está completa, podría retrasar tu inscripción en el Programa de Lilly Cares.

v4

Nombre | **Inicial del Segundo Nombre** | **Apellido**

Dirección

Ciudad | **Estado** | **Código Postal**

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) | **Número de Teléfono** (opcional)[1]

¿Dónde deseas recibir tus medicamentos?[3]

- ○ En mi hogar
- ○ En el consultorio de mi profesional de la salud

[1] Si proporcionas tu número de teléfono y firmas este formulario, aceptas recibir notificaciones automáticas por teléfono y mensaje de texto[2]. Estas notificaciones podrían incluir actualizaciones sobre el estado de la inscripción o los envíos de medicamentos. No es obligatorio entregar tu número de teléfono para postular al Programa. Se podrían aplicar tarifas por mensajería y datos. Puedes cancelar tu suscripción llamando al 1-800-545-6962. Los medicamentos por infusión no son elegibles para recibir mensajes automáticos.

[2] NO envíes quejas de productos ni comuniques efectos adversos (como los efectos secundarios) a través de mensajes de texto. Para informar sobre estos, llama a Lilly Answers Center al 1-800-LillyRX (1-800-545-5979).

[3] Pídele a tu profesional de la salud que confirme la ubicación de la entrega. Los medicamentos por infusión no son elegibles para la entrega a domicilio.

Información de los Ingresos del Paciente

Cantidad de personas en tu hogar

Incluidos tú y todos los miembros de tu familia.

Ingreso Familiar Anual antes de los Impuestos[4, 5]

Incluye sueldos, pagos del Seguro Social, beneficios por discapacidad y/o desempleo, pensiones y cualquier otro ingreso tuyo y de los miembros de tu hogar.[5]

[4] Ingresa 0 si no tienes un ingreso familiar.

[5] Cuando se procese tu solicitud, Lilly Cares podría comunicarse contigo para solicitarte que proporciones documentación que demuestre tus ingresos.

Información del Seguro del Paciente

¿Tu empleador, compañía de seguros o representante designado te indicaron que solicites inscribirte en este programa como requisito de tu plan de cobertura de medicinas? Esto no incluye a tu profesional de la salud o su consultorio, farmacias especializadas o un familiar.

○ No ○ Sí

¿Qué tipo de seguro médico tienes? (Marca todas las opciones que correspondan) [6]

[6] *Cuando se procese tu solicitud, se realizará una verificación de beneficios. Es posible que se solicite documentación del seguro.*

☐ No tengo seguro médico

Medicare

- ☐ Medicare Parte D[7]
- ☐ Medicare Parte B **sin** seguro complementario/secundario[8]
- ☐ Medicare Parte B **con** seguro complementario/secundario[8]
- ☐ Plan Medicare Advantage

Otro Tipo de Seguro

- ☐ Medicaid
- ☐ VA o Militar
- ☐ Seguro Privado (excepto Medicare Parte D)[9]

En el caso de los medicamentos del Grupo 4, ¿tu seguro denegó la cobertura del producto recetado?

○ No ○ Sí - *En caso afirmativo, incluye documentación. Para obtener información más detallada, visita:* ***https://www.lillycares.com/assets/pdf/insuranceverification.pdf***

[7] La tarjeta de seguro de los Planes de Medicinas Recetadas (PDP, por sus siglas en inglés) de Medicare Parte D generalmente contiene una referencia a "Medicare Rx" o "PDP" en la parte delantera o posterior de la tarjeta.

[8] Por ejemplo, Medigap, Medicare Advantage o seguro privado del empleador.

[9] Por ejemplo, un plan patrocinado por un empleador y un plan del mercado de seguros médicos.

PP-AP-US-0673 03/2025 © Lilly Cares® Foundation 2025. Todos los derechos reservados.

Sección de la Información del Paciente

Te recomendamos que elijas una respuesta para las siguientes 2 preguntas en este momento, pero si no lo haces, no retrasará tu postulación al Programa Lilly Cares.

v4

Autorización del Paciente para Resurtidos Automáticos de Recetas Médicas (en adelante, "Resurtido")

Si tu receta médica permite resurtidos, Lilly Cares puede dispensar automáticamente tus medicamentos cuando sea la fecha indicada. Si proporcionaste tu número de teléfono celular, te enviaremos un mensaje de texto para notificarte cuando se envíe el medicamento. Cuando ya no te queden resurtidos, nos comunicaremos con tu profesional de la salud para renovar la receta médica antes de la próxima fecha de vencimiento del resurtido. Los resurtidos automáticos se detendrán al final del período de inscripción del programa o cuando tu receta ya no tenga más renovaciones.
Si ya no necesitas el medicamento o deseas cancelar tu suscripción a los resurtidos automáticos, comunícate con Lilly Cares al número 1-800-545-6962. Los medicamentos por infusión no son elegibles para los resurtidos automáticos.

- ◯ Sí, quiero un resurtido automático de mi medicamento cuando llegue la fecha indicada.
- ◎ No, no quiero un resurtido automático de mi medicamento. Llamaré a Lilly Cares cuando sea la fecha del resurtido.

Autorización del Paciente para Hablar con un Representante Autorizado

Podrías indicar los nombres de una o más personas que tú autorizas para que hablen en representación tuya con Lilly Cares sobre esta solicitud o tu participación en el Programa Lilly Cares. Estas personas pueden proporcionar o recibir tu información personal, según sea necesario, hasta que finalice el período de inscripción, a menos que solicites que su autoridad termine antes.

- ◯ Sí, me gustaría autorizar a una persona para que me represente.
- ◎ No, no quiero que nadie me represente ante Lilly Cares.

Si tu respuesta es "Sí", indica a continuación el nombre de, al menos, 1 representante autorizado. Cuando proporcionas los nombres a continuación, certificas que las personas saben y aceptan que entregarás sus nombres a Lilly Cares con el propósito de actuar como tus representantes autorizados.

Tienes la facultad de cambiar o retirar a los Representantes Autorizados de su función en cualquier momento. Para ello, llama a Lilly Cares al número 1-800-545-6962.

Nombre del Representante Autorizado 1 (en letra de imprenta)

Relación con el Paciente (en letra de imprenta)

◯ Familiar/Cuidador ◎ Otro, especifica

Nombre del Representante Autorizado 2 (en letra de imprenta)

Relación con el Paciente (en letra de imprenta)

◯ Familiar/Cuidador ◎ Otro, especifica

PP-AP-US-0673 03/2025 © Lilly Cares® Foundation 2025. Todos los derechos reservados.

Acuerdo de Certificación del Paciente

v4

Entiendo lo siguiente:

- Entiendo que yo o el consultorio de mi profesional de la salud enviamos esta postulación con el fin de saber si califico para recibir asistencia con mis medicamentos de Eli Lilly and Company a través de Lilly Cares Foundation, Inc. (“Lilly Cares”). Entiendo que antes de que Lilly Cares pueda ayudarme, Lilly Cares podría necesitar recopilar, utilizar y compartir información sobre mí. Mediante mi firma a continuación, autorizo a cualquier farmacia, profesional de la salud y/u otros que estén en posesión de mi información personal, incluida la información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés), a compartir mi información con Lilly Cares, Eli Lilly and Company y sus filiales a nivel mundial, lo que incluye a sus empleados, agentes, contratistas, proveedores, subsidiarias y socios comerciales autorizados que podrían estar trabajando en la administración de Lilly Cares, incluida la información médica. Además, entiendo y autorizo el uso compartido, la utilización y la divulgación de mi información, incluida la información de salud, para los fines de operación de Lilly Cares que se describen en la sección Aviso de Privacidad anterior.
- Lilly Cares decidirá si cumplo con los requisitos del Programa de Asistencia al Paciente de Lilly Cares (“Programa”). Entiendo que es posible que mi solicitud no se apruebe. Lilly Cares podría cambiar o finalizar el Programa, o cancelar mi inscripción en el Programa, en cualquier momento.
- **Lilly Cares no cobra una tarifa por la postulación para el Programa**. No tengo la obligación de utilizar un tercero que cobre una tarifa para ayudarme con mi inscripción y, si utilizo un tercero que cobre una tarifa para ayudarme con mi inscripción o con el resurtido de mi medicamento, este dinero no se le paga a Lilly Cares.
- Si mi solicitud se aprueba, en mi carta de aprobación se me indicará cuándo vencerá mi inscripción (generalmente en 12 meses o al final del año calendario para quienes cuentan con cobertura de Medicare Parte D). Cuando mi inscripción finalice, tendré que volver a postularme al Programa.
- Para los medicamentos por infusión, debo haber recibido tratamiento dentro de los 180 días posteriores a la aprobación de la solicitud, si se otorga.
- Si no firmo o me niego a firmar este formulario, no seré elegible para el Programa.

Certifico (acepto) lo siguiente:

- Soy residente permanente de Estados Unidos, Puerto Rico o las Islas Vírgenes de EE. UU.
- Mi solicitud está completa y es exacta. He dicho la verdad acerca de mi cobertura de seguro y mis ingresos.
- Cumplo con los criterios de elegibilidad del Programa, incluidos los requisitos de ingresos y la cobertura de seguro, como se muestra en la página 1 de esta solicitud.
- Entregaré oportunamente la documentación que respalde la información que proporcioné en esta solicitud (p. ej., documentos de verificación de ingresos y documentos de beneficios de farmacia y seguro médico) si Lilly Cares solicita dicha documentación. Si no proporciono de forma oportuna la documentación completa y exacta cuando se solicite, esto podría provocar la finalización inmediata de la revisión de la solicitud o la eliminación del Programa en caso de que la solicitud ya se hubiese aprobado.
- Autorizo a los representantes del Programa Lilly Cares a obtener un informe del consumidor sobre mí junto con mi solicitud. Lilly Cares podría utilizar mi nombre, fecha de nacimiento y dirección para obtener mi informe del consumidor que incluye, entre otros, información sobre la cantidad de personas que viven en mi hogar y el ingreso. Mi informe de consumidor se utilizará para calcular los ingresos de mi hogar como parte del proceso para decidir si soy elegible para el Programa. Esta consulta no afectará mi calificación de crédito. Si lo solicito, Lilly Cares me proporcionará el nombre y la dirección de la agencia de información al consumidor que proporciona la información crediticia. Podría llamar a Lilly Cares al 1-800-545-6962 para obtener esta información. Entiendo que Lilly Cares podría solicitar evidencia de mi ingreso anual y un informe del consumidor como requisito de inscripción en el Programa Lilly Cares.
- Autorizo a los representantes del Programa Lilly Cares a utilizar mi nombre, fecha de nacimiento y dirección para llevar a cabo una investigación manual o electrónica de cualquier beneficio de seguro médico y farmacia aplicable en relación con esta solicitud. Entiendo que Lilly Cares podría solicitar evidencia de estos beneficios como requisito de inscripción en el Programa Lilly Cares.
- Si se aprueba mi solicitud:
  - Notificaré a Lilly Cares acerca de cualquier cambio del estado de mis ingresos o de mi seguro.
  - No enviaré solicitudes de reembolso a terceros ni a seguros gubernamentales por ningún producto que se me haya brindado a través del Programa de Lilly Cares.
  - Si tengo cobertura a través de la Parte D de Medicare, no pediré que el valor o el costo asociados con la medicina que reciba a través del Programa se cuenten como costos que salgan de mi bolsillo por medicinas recetadas.
  - Si tengo cobertura de la Parte D de Medicare, informaré a mi Plan de la Parte D acerca de mi inscripción en Lilly Cares.
  - No venderé, intercambiaré ni transferiré ningún medicamento que reciba a través del Programa.
  - Doy mi consentimiento para que se le envíe el medicamento al profesional de la salud, si así lo indica.

Nombre del Paciente (en letra de imprenta)

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL (OBLIGATORIO)

Fecha (MM/DD/AAAA)

Completa todos los campos y firma este formulario.
Si no lo haces, podría retrasarse tu inscripción en el Programa Lilly Cares.

PP-AP-US-0673 03/2025 © Lilly Cares® Foundation 2025. Todos los derechos reservados.

Autorización de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA)

v4

Doy mi consentimiento para que se comparta, utilice y reciba información sobre mí, según lo descrito:

Entiendo que yo o el consultorio de mi profesional de la salud enviamos esta postulación con el fin de saber si califico para recibir asistencia con mis medicamentos de Eli Lilly and Company a través de Lilly Cares Foundation, Inc. ("Lilly Cares"). Entiendo que antes de que Lilly Cares pueda ayudarme, Lilly Cares podría necesitar recopilar, utilizar y compartir información sobre mí. Mediante mi firma a continuación, autorizo a cualquier farmacia, profesional de la salud y/u otros que estén en posesión de mi información personal, incluida mi información médica e información médica protegida (PHI), a compartir mi información con Lilly Cares, Eli Lilly and Company y sus afiliados en todo el mundo, incluidos sus empleados, agentes, proveedores, subsidiarias y socios comerciales autorizados que puedan estar trabajando en la administración de Lilly Cares (en adelante, "Entidades Receptoras"). Además, entiendo y autorizo a las Entidades Receptoras a compartir, utilizar y divulgar mi información para los fines de operación del programa.

Las Entidades Receptoras podrían recibir, compartir y utilizar la siguiente información:

- Información contenida en la presente solicitud.
- Información acerca de tus afecciones médicas, tratamiento, medicamentos actuales y futuros.
- Información sobre tu seguro de salud o tus beneficios (médicos y de recetas), incluida la cantidad de cobertura que tienes.
- Otra información que las Entidades Receptoras podrían obtener para fines operativos de Lilly Cares.
- Las Entidades Receptoras podrían compartir tu información con tus profesionales de la salud y personal farmacéutico.
- Los profesionales de la salud y el personal farmacéutico podrían compartir tu información con las Entidades Receptoras.

Las Entidades Receptoras podrían compartir tu información para cumplir con los siguientes propósitos:

- Para revisar tu solicitud a fin de determinar tu elegibilidad y comunicarse contigo o tu profesional de la salud, si fuera necesario, para realizar dicha revisión.
- Para fines operativos de Lilly Cares y para los propósitos internos de las Entidades Receptoras que involucran a otros programas de ayuda al paciente y de beneficencia.
- Para entregarla a tus farmacias y profesionales de la salud relacionados con tu participación en el Programa Lilly Cares, lo que incluye información personal e información sobre tus medicamentos recetados.
- Para saber qué parte de los medicamentos de Eli Lilly and Company cubre tu seguro médico.
- Para realizar un seguimiento del uso de los medicamentos.
- Para medir los resultados del programa y realizar mejoras en él.
- Solo pedimos y compartimos la PHI que necesitamos para los fines operativos del Programa. No solicitamos ninguna Información Médica Protegida que no necesitemos, pero podríamos recibir una parte de esta en los expedientes médicos que nos envíen.

Mediante mi firma a continuación, también acepto lo siguiente:

- Pese a que no tienes que otorgar permiso para compartir tu Información Médica Protegida con Lilly Cares, es posible que no podamos ayudarte sin este.
- Una vez que tu Información Médica Protegida se haya compartido, es posible que ya no esté cubierta por las leyes de privacidad federales y estatales (como la HIPAA) y se podría volver a compartir.
- Entiendo que los representantes del Programa pueden comunicarse conmigo para recopilar cualquier información adicional necesaria a fin de proporcionarme estos servicios.
- Esta autorización permite a quienes la utilizan divulgar mi PHI durante 3 años, a partir de la fecha en la que firmé, a menos que sea residente de Maryland, Maine o Montana, en cuyo caso el permiso durará 1 año a partir de la fecha de la firma.
- Entiendo que puedo cancelar mi consentimiento en cualquier momento a través del envío de un aviso por escrito a Lilly Cares a la dirección que aparece en esta solicitud. Si cancelo mi consentimiento, ya no calificaré para el Programa Lilly Cares. Mis profesionales de la salud ya no compartirán mi PHI con las Entidades Receptoras después de la fecha en que las Entidades Receptoras reciban y procesen mi carta de cancelación; sin embargo, esto no afectará la información o las divulgaciones que se compartan antes de ese momento. Además, una vez que las Entidades Receptoras reciban y procesen mi cancelación, mi participación en el Programa Lilly Cares finalizará y, después de que finalice mi participación, las Entidades Receptoras solo mantendrán y utilizarán mi información con fines legales y regulatorios.
- Tengo derecho a recibir o solicitar a mi profesional de la salud una copia firmada de la autorización en virtud de la HIPAA.

Nombre del Paciente (en letra de imprenta)

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL (OBLIGATORIO)

Fecha (MM/DD/AAAA)

Completa todos los campos y firma este formulario.
Si no lo haces, podría retrasarse tu inscripción en el Programa Lilly Cares.

Fin de la Sección del Paciente

PP-AP-US-0673 03/2025 © Lilly Cares® Foundation 2025. Todos los derechos reservados.

El Profesional de la Salud (médico o enfermero) debe completar esta sección.

Sección del Profesional de la Salud/ Prescriptor

v4

Confirmaciones y Acuerdos

Mediante mi firma a continuación, yo (en adelante, el "Prescriptor") certifico las siguientes declaraciones:

- A mi leal saber y entender, la información proporcionada es correcta.
- Divulgaré esta información para fines de tratamiento, así como otra información médica que podría divulgarse, incluida la historia clínica del paciente proporcionada en la Sección del Profesional de la Salud/Prescriptor ("Paciente") a Lilly Cares Foundation, Inc. ("Lilly Cares"), Eli Lilly and Company y sus filiales a nivel mundial, incluidos sus empleados, agentes, proveedores y socios comerciales, así como a los representantes del Programa que se encuentren trabajando en la administración de Lilly Cares, a fin de evaluar si el Paciente califica para el Programa de Asistencia al Paciente Lilly Cares ("Programa") durante su tratamiento. Antes de firmar este formulario, me aseguré de que el Paciente conozca, haya aceptado e indicado mi divulgación de su información a Lilly Cares para que Lilly Cares pueda comunicarse con el Paciente con el fin de facilitar los servicios para esos propósitos, y que dicho consentimiento e indicación se aplican a las divulgaciones realizadas durante el tiempo que se prolongue el tratamiento del Paciente.
- Estoy autorizado y cumpliré con las leyes de dispensación de profesionales de la salud estatales para prescriptores autorizados en el estado en el que receto, recibo, almaceno y dispenso el medicamento identificado en esta solicitud al Paciente que se menciona en ella. Asimismo, cumpliré con las leyes aplicables pertinentes a la eliminación del Medicamento sin utilizar, y desecharé el medicamento adecuadamente.
- Le receté el medicamento antes mencionado (en adelante, el "Medicamento") al Paciente que aparece en este formulario sobre la base de mi juicio clínico independiente de que el tratamiento con este Medicamento para el Paciente es médicamente necesario.
- Cualquier código ICD-10 que haya proporcionado es correcto y corresponde a una indicación y/o un uso farmacopeico aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los EE. UU. para el Medicamento que receté a este Paciente.
- A mi leal saber y entender, el Paciente cumple con los requisitos de residencia, seguros y necesidades financieras del Programa Lilly Cares. Si tengo conocimiento de que el Paciente podría ya no cumplir con los criterios del programa, acepto notificar a Lilly Cares.
- No he recibido ni solicitaré un reembolso ni un pago total o parcial del beneficio recibido por el Paciente a través de Lilly Cares.
- Confirmo y acepto que cualquier Medicamento proporcionado por Lilly Cares para este Paciente no puede revenderse ni ofrecerse para la venta, la comercialización o el intercambio, ni tampoco devolverse para obtener crédito (todos estos corresponden a un "Uso Financiero"). Certifico que no realizaré ni permitiré el Uso Financiero de ningún Medicamento proporcionado por Lilly Cares.
- Si el Paciente tiene un seguro, se presentó una reclamación o una solicitud a la aseguradora, dicha reclamación se denegó, se completó una apelación a la aseguradora y recibí una denegación para esa apelación según lo exigen las pautas del programa.
- Si un cambio retroactivo en la póliza de la aseguradora permite el reembolso del producto ya suministrado sin cargo, acepto no solicitar el reembolso de ese producto y notificar a Lilly Cares sobre la disponibilidad del reembolso. Si recibo algún reembolso posterior de cualquier procedencia por un producto suministrado sin costo por Lilly Cares, notificaré a Lilly Cares y seguiré las instrucciones del programa en relación con esos fondos. Confirmo que no estoy autorizado a recibir beneficios financieros de productos proporcionados por Lilly Cares.
- Si decido recibir Medicamentos de Lilly Cares en virtud del programa Proactive Provision, completaré toda la documentación solicitada, notificaré a Lilly Cares si algún producto no se administra al Paciente inscrito correspondiente y devolveré el producto a Lilly Cares o lo eliminaré de manera adecuada en la instalación (si Lilly Cares lo solicita) y enviaré la documentación que confirme que el producto se eliminó adecuadamente a Lilly Cares.

Entiendo lo que se indica a continuación:

- Lilly Cares solo proporcionará Medicamentos en la medida en que esto se ajuste a sus fines de exención de impuestos, calificados según la sección 170(e)(3) del Código de Ingresos Internos y autorizados por las políticas de Lilly Cares, que podrían incluir que se me proporcionen Medicamentos (como profesional de la salud del Paciente elegible) con el único fin de cuidar a los enfermos, los necesitados, los indigentes y/o los bebés en Estados Unidos.
- Lilly Cares podría cambiar, cancelar, suspender la participación, limitar la inscripción o retirar/descontinuar los Medicamentos del Programa sin previo aviso.
- Lilly Cares no cobra una tarifa por la postulación para el Programa. El Paciente no tiene la obligación de utilizar un tercero que cobre una tarifa para ayudarle con su inscripción y, si el Paciente utiliza un tercero que cobre una tarifa para ayudarle con la inscripción o con el resurtido de su Medicamento, este dinero no se le paga a Lilly Cares.
- No tengo ninguna obligación de comprar ni recetar ningún medicamento de Eli Lilly and Company para participar en este programa y certifico que no he recibido, y comprendo que no recibiré ningún beneficio de ninguno de los representantes del Programa por recetar un medicamento de Eli Lilly and Company.
- Los representantes del Programa no son responsables de presentar ninguna reclamación de seguro.
- La información proporcionada estará sujeta a posibles revisiones de Lilly Cares.
- Las comunicaciones por fax enviadas a un solo número podrían dividirse a varias Entidades Receptoras para fines operativos del Programa.
- Proporcionaré al Paciente una copia firmada de su autorización en virtud de la HIPAA cuando lo solicite.
- Si decido recibir Medicamentos de Lilly Cares en virtud del programa Proactive Provision y no devuelvo ni destruyo el producto proporcionado ni lo utilizo para el Paciente inscrito correspondiente, se me facturará el producto (o se me exigirá el pago equivalente por un medio determinado por Lilly Cares a fin de garantizar que el profesional de la salud no se beneficie del producto proporcionado por Lilly Cares) y seré responsable del pago de la factura. Comunícate con Lilly Cares al 1-800-545-6962 para obtener ayuda con las devoluciones de productos.

Mi firma a continuación confirma que entiendo y acepto los requisitos del Programa mencionados anteriormente.

Nombre del Paciente (en letra de imprenta)

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)

Los Medicamentos Solicitados Especifican el Tipo de Formulación

Nombre de Contacto del Consultorio

Teléfono de Contacto del Consultorio

Fax de Contacto del Consultorio

Fecha (MM/DD/AAAA)

Nombre del Prescriptor (en letra de imprenta)

FIRMA DEL PRESCRIPTOR (OBLIGATORIA)

Indica el método para enviar una receta a Lilly Cares. Lee atentamente y envía la receta a través de un solo método.

- ◯ Receta electrónica: selecciona Neovance Specialty Pharmacy (NPI 1780811125) en el software de recetas electrónicas.
- ◯ Envía la receta por fax al 1-844-431-6650 utilizando la plantilla de la receta opcional de la página 9 de la solicitud, los recursos en lillycares.com o la receta emitida por el profesional de la salud.

NO se debe completar la página 9 de la solicitud si se presenta una receta electrónica o se envía por fax una receta emitida por el profesional de la salud.

Código ICD 10 para ONCOLOGÍA por fusión Obligatorio SOLAMENTE para Alimta®, Cyramza® y Erbitux®:

(Los medicamentos oncológicos por infusión se deben utilizar únicamente en el caso de una indicación o un uso farmacopeico aprobado por la FDA).

Solicitud de Sustitución del Producto ONCOLÓGICO por Infusión

No se requiere receta para reemplazar el producto.

◯ Alimta ◯ Cyramza ◯ Erbitux

Fecha de Administración	Dosis	N.º de Viales	Tamaño del Vial

Completa todos los campos y firma este formulario.
Un formulario incompleto podría retrasar la inscripción del paciente en el Programa Lilly Cares.

PP-AP-US-0673 03/2025 © Lilly Cares® Foundation 2025. Todos los derechos reservados.

Profesional de la Salud: NO se debe completar si se envía una receta electrónica o envía por fax una receta emitida por el profesional de la salud

Plantilla de Receta de Lilly Cares

Información del Paciente

Nota: Si se aprueba la solicitud del paciente, el medicamento se entregará en la ubicación seleccionada por el paciente. Coordina con tu paciente para asegurarte de que la ubicación de entrega sea correcta. Los medicamentos por infusión no son elegibles para la entrega a domicilio.

v4

No se aceptan temporalmente nuevas solicitudes de fideicomiso, excepto en casos limitados de excepción médica. Visita lillycares.com/how-to-apply para conocer los requisitos y el formulario de excepción médica. Lilly Cares aceptará solicitudes de reinscripción de quienes están actualmente inscritos para Trulicity.

Completa todos los campos. Un formulario incompleto podría retrasar la inscripción del paciente en el Programa Lilly Cares.

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono

Alergias a Medicamentos

Otros Medicamentos

Receta Médica: Autorizo a Lilly Cares a actuar en mi nombre con el fin de transmitir esta receta médica a la farmacia correspondiente. Para enviar una receta electrónica, selecciona Neovance Specialty Pharmacy (NPI 1780811125) en tu software de recetas electrónicas.

Medicamento

Concentración

Dosis Diaria Máxima

Indicaciones (en letra de imprenta)

¿Estás prescribiendo insulina?

◯ Sí ◯ No

Si la respuesta es sí, selecciona la insulina prescrita:

◯ Vial (no disponible para Basaglar®, Humalog® U-200, Humalog® 50/50, Humulin® U-500, o Lyumjev™ U-200)

◯ KwikPen® (no disponible para Humulin® R 100 unidades/ml)

◯ Cartucho (solo disponible para Humalog® 100 unidades/ml)

N.º de Suministro

Cantidad que se debe dispensar (los medicamentos oncológicos están limitados a un suministro de UN mes)

◯ 4 Meses (máx.) ◯ 3 Meses ◯ 2 Meses ◯ 1 Mes

Tu estado podría exigir que las recetas sigan ciertos requisitos de contenido o que se utilice un formulario específico. Si no se cumplen los requisitos específicos del estado, será necesario comunicarse con el prescriptor, lo que podría retrasar el envío de los medicamentos. Mediante tu firma a continuación, certificas que cumples las leyes aplicables a las recetas médicas y a los prescriptores autorizados en los estados en los que se prescribe. Autorizo a Lilly Cares a actuar en mi nombre para los fines limitados de la transmisión de este pedido de medicamentos recetados.

Selecciona una opción: ◯ Dispensar como se indica ◯ Sustitución/Cambio de Marca Permitido

FIRMA DEL PRESCRIPTOR

Fecha de Hoy (MM/DD/AAAA)

No se aceptarán los timbres realizados con sellos de goma, la firma de otro miembro del personal del consultorio para el prescriptor ni firmas generadas digitalmente.

Información del Profesional de la Salud

Nombre y Cargo del Profesional de la Salud (en letra de imprenta)

N.º de DEA (según lo requerido)

N.º de Licencia Estatal y Estado

N.º de NPI

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de Teléfono

Número de Fax

Nombre de Contacto del Consultorio

Teléfono de Contacto del Consultorio

PP-AP-US-0673 03/2025 © Lilly Cares® Foundation 2025. Todos los derechos reservados.