

# 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. Esta solicitud es para los pacientes que deseen postularse para recibir los medicamentos disponibles sin costo alguno a través del Programa.

En [www.lillycares.com](http://www.lillycares.com) puedes encontrar una solicitud electrónica disponible, la cual recomendamos para reducir el papeleo y posibles demoras. También es posible completar y enviar por fax solicitudes impresas en papel.

## ¿Qué medicamentos provee el Programa Lilly Cares?

### Medicamentos del Grupo 1

- Cialis® (tadalafilo), tabletas
- Cymbalta® (cápsulas de liberación demorada de duloxetine)
- Evista® (clorhidrato de raloxifeno), tableta
- Forteo® (inyección de teriparatida)
- Prozac® (cápsulas de fluoxetine)

### Medicamentos del Grupo 2

- Basaglar® (inyección de insulina glargina)
- Emgality® (galcanezumab-gnlm), inyección
- Humalog® (inyección de insulina lispro)
- Humulin® (insulina humana)
- Lyumjev® (insulina lispro-aabc), inyección
- Reyvow® (lasmitán)
- Trulicity® (dulaglutida), inyección

### Medicamentos del Grupo 3

- Humatrope® (somatropina) para inyección
- Olumiant® (baricitinib), tabletas
- Taltz® (ixekizumab), inyección

Los pacientes pueden enviar una solicitud a Lilly Cares para recibir los medicamentos oncológicos recetados de Eli Lilly and Company luego de completar un formulario de solicitud que se puede imprimir o rellenar en línea en la página web [www.lillycares.com](http://www.lillycares.com). Los pacientes también pueden llamar al 1-800-545-6962 para pedir una solicitud.

## ¿Quién califica para el Programa Lilly Cares?

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

- Ser residente legal y permanente de Estados Unidos (incluidos Puerto Rico o las Islas Vírgenes de los EE. UU.).
- Tu profesional de la salud te recetó un medicamento de Lilly que califica.
- La siguiente información se aplica a ti en relación con la cobertura de tu seguro:
  - no estás inscrito en Medicaid, en el Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés; en adelante "Ayuda Adicional") completo ni en los beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés);
  - no tienes un plan de seguro que te obligue a postular al Programa Lilly Cares como condición, requisito o prerrequisito para obtener la cobertura de los medicamentos pertinentes de Eli Lilly and Company. A continuación, se proporciona una lista incompleta de estos tipos de programas no elegibles, comúnmente conocidos como programas de financiación alternativos, programas de defensa del paciente o redes de especialidades (los cuales se conocen en conjunto como "AFP", por sus siglas en inglés)\*; y
  - una de las situaciones que se indican a continuación corresponde a tu caso: 1) no dispones de un seguro; 2) tienes cobertura de Medicare Parte D o 3) tienes cobertura de Medicare Parte B, pero sin seguro complementario ni secundario (p. ej., seguro privado que proporcionaba un empleador anterior, Medigap o Medicare Advantage).
- Cumples con las pautas sobre ingresos familiares para participar del programa.

### Límite Anual del Ingreso Bruto 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 2023. Visita [www.aspe.hhs.gov/poverty](http://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)	Medicamentos del Grupo 1 (en el FPL igual o inferior al 300 %)	Medicamentos del Grupo 2 (en el FPL igual o inferior al 400 %)	Medicamentos del Grupo 3 (en el FPL igual o inferior al 500 %)
1	\$43,740	\$58,320	\$72,900
2	\$59,160	\$78,880	\$98,600
3	\$74,580	\$99,440	\$124,300
4	\$90,000	\$120,000	\$150,000

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

\* Lilly Cares Foundation ofrece el Programa de Asistencia al Paciente de Lilly Cares como un programa de beneficencia para pacientes con necesidades económicas según los ingresos y otros criterios de elegibilidad. No lo pueden utilizar personas con un seguro comercial privado, incluidos los "programas alternativos de financiamiento". Los pacientes con un seguro privado, independientemente de si su plan cubre un producto de Lilly, pueden no ser elegibles para el Programa Lilly Cares. Si un empleador, plan u otro tercero indica a los pacientes que postulen al Programa Lilly Cares como condición, requisito o prerrequisito para obtener cobertura, o bien si ajusta la cobertura de cualquier manera según la solicitud o disponibilidad del Programa Lilly Cares, dichos beneficiarios no son elegibles para el Programa Lilly Cares. Para obtener más información sobre los criterios de elegibilidad de Lilly Cares, visita [<https://lillycares.com/assets/pdf/toapplycheckEligibility.pdf>].

# ¿Cómo puedo postularme para el Programa Lilly Cares?

Para presentar una solicitud, debes completar los siguientes pasos:

- 1** Confirma que **calificas para el Programa Lilly Cares** (página 1)
- 2** Lee el **Aviso de Privacidad** (página 3)
- 3** Completa la **Sección de Información del Paciente** (páginas 4 y 5)
- 4** Lee y firma el **Acuerdo de Certificación del Paciente** (página 6)
- 5** Lee y firma la **Autorización de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por us siglas en inglés)** (página 7)
- 6** Pídele a tu profesional de la salud que **complete y firme la Sección del Profesional de la Salud/Prescriptor** (páginas 8 y 9)
- 7** **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)  
Número de fax: 1-844-431-6650
- 8** Después de la revisión de tu solicitud, **te enviaremos una carta a ti y a tu profesional de la salud** a fin de informarles si calificas para el Programa Lilly Cares.

## Postulación Mediante Terceros

Lilly Cares no cobra una tarifa a los pacientes por solicitar ayuda con la inscripción, la recarga de medicamentos ni la participación en el programa. Lilly Cares no está afiliado a terceros que cobran por la asistencia que Lilly Cares te brinda sin costo alguno. Para obtener asistencia, llama a Lilly Cares al 1-800-545-6962.

# Aviso de Privacidad

Podríamos (Lilly Cares Foundation, Inc. ["Lilly Cares"] y aquellas entidades que se indican a continuación, a quienes Lilly Cares podría transmitir información personal con fines administrativos de Lilly Cares y el Programa) utilizar y guardar tu información personal a fin de cumplir obligaciones legales o regulatorias que son del interés legítimo de Lilly Cares; cumplir propósitos comerciales legales y legítimos de acuerdo con las políticas de retención de registros de Lilly Cares, así como las leyes y regulaciones aplicables; y responder a solicitudes legales por 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 procesar tu información personal confidencial con tu consentimiento o según lo permita la ley.

Lilly Cares no utiliza ni divulga tu información personal confidencial, a excepción de los fines limitados que estén autorizados por la ley. Por ejemplo, Lilly Cares podría recopilar información sobre tu salud o diagnóstico médico para proporcionar una función específica, productos o servicios que hayas solicitado. Las leyes aplicables no te otorgan derechos para limitar el uso o la divulgación de información personal confidencial para estos fines; sin embargo, podríamos solicitarte igualmente tu consentimiento o darte opciones sobre cómo utilizamos esta información según el contexto pertinente.

Podríamos anonimizar cierta información descrita anteriormente. Siempre y cuando mantengamos y utilicemos la información anónima en su forma anónima y no reidentifiquemos dicha información, excepto según lo permitido por la ley, esta información anónima no es información personal y no está sujeta a este Aviso.

Lilly Cares no vende información personal sobre los consumidores que están protegidos por la ley aplicable a terceros ni comparte dicha información personal con terceros para fines de publicidad dirigida por comportamiento o por contexto, ya que esos términos están definidos por la ley aplicable.

Lilly Cares podría transmitir tu información personal a Eli Lilly and Company y sus afiliados en todo el mundo, incluidos sus empleados, agentes, contratistas, proveedores, subsidiarias y socios comerciales (que podrían estar trabajando en la administración de Lilly Cares y el Programa). Los afiliados podrían, a su vez, transmitir tu información personal a algunos países que no garantizan el mismo nivel de protección de datos. Sin embargo, todos los afiliados deben tratar la información personal de manera consecuente con este aviso. Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad, incluidos los fundamentos de las transferencias y las protecciones de la información personal, comunícate con nosotros en [privacy@lilly.com](mailto:privacy@lilly.com) o visita [www.lilly.com/privacy](http://www.lilly.com/privacy).

Proporcionamos garantías físicas, electrónicas y de procedimientos razonables para proteger la información con la que trabajamos y que mantenemos. Limitamos el acceso a tu información a empleados, agentes, contratistas, proveedores, subsidiarias y socios comerciales autorizados, u otros que necesiten dicho acceso a la información para llevar a cabo sus funciones y responsabilidades asignadas en nombre de Lilly Cares. Ten en cuenta que, aunque tratamos de proteger la información con la que trabajamos y que mantenemos, ningún sistema de seguridad es capaz de evitar todas las posibles violaciones de la seguridad. No vendemos información personal.

Tras la verificación, tienes derecho a solicitarnos información sobre cómo se utiliza tu información personal y con quién se comparte dicha información. También tienes derecho a solicitar ver y obtener una copia de la información personal que tenemos sobre ti, solicitar su corrección o su eliminación. Es posible que tengas derecho, en virtud de la ley aplicable, a apelar una negativa a tomar medidas en relación con tu solicitud.

Podría haber excepciones que se apliquen a tu solicitud.

En circunstancias limitadas, podrías tener el derecho de transmitir tu información a otra entidad o persona en un formato legible por máquina. No te discriminarán por ejercer ninguno de tus derechos.

Para ejercer tus derechos, tú o tu representante autorizado pueden enviar una solicitud comunicándose con nosotros mediante uno de los métodos que se indican a continuación.

Puedes realizar cualquiera de las solicitudes anteriores comunicándote con nosotros a través de la siguiente dirección:  
Lilly Cares Foundation Patient Assistance Program PO Box 13185  
La Jolla, CA 92039  
Teléfono: 1-800-545-6962

Si deseas presentar una queja con respecto a la manera en la que hemos manejado tu información personal, puedes comunicarte con la Oficina de Privacidad Global y con el director de Protección de Datos al correo [privacy@lilly.com](mailto:privacy@lilly.com) quienes investigarán el asunto por parte de Lilly Cares.

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 (por ejemplo, una Autoridad de Protección de Datos [DPA; por sus siglas en inglés] o un Fiscal General).

# Sección de Información del Paciente (Página 1 de 2)

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

Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección		
<input type="text"/>		
Ciudad	Estado	Código Postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de Teléfono (opcional) <sup>1</sup>	¿Dónde deseas recibir tus medicamentos?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> En mi hogar <input type="radio"/> En el consultorio de mi profesional de la salud <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Si proporcionas tu número de teléfono y firmas este formulario, aceptas recibir notificaciones automáticas por teléfono o mensajes de texto de Lilly Cares respecto al Programa, que podrían incluir actualizaciones sobre el estado de tu inscripción o los envíos de medicamentos. Entiendes que no estás obligado a proporcionar tu número de teléfono para presentar una solicitud al Programa Lilly Cares. Se podrían aplicar tarifas por mensajería y datos. Entiendes que puedes cancelar tu inscripción llamando al 1-800-545-6962.

- Lilly Cares no se hace responsable de mensajes no entregados debido a dificultades técnicas como problemas del servidor, interrupciones en el servicio del operador telefónico o suspensión del servicio.
- Ten en cuenta que cualquier persona que tenga acceso a tu teléfono puede ver tus mensajes de texto.
- Si tu operador de telefonía móvil no participa en este servicio, no recibirás mensajes.
- Estos mensajes de texto NO son recordatorios para que tomes tu medicamento. Tú eres responsable de tomar tu medicamento de acuerdo con lo prescrito.
- NO envíes quejas de productos ni comuniques efectos adversos (como los efectos secundarios) a través de mensajes de texto. Para informar sobre estos, llama al Lilly Answers Center al 1-800-LillyRX (1-800-545-5979).

## Información de los Ingresos del Paciente

Cantidad de personas en tu hogar	Ingreso Familiar Anual antes de los impuestos <sup>3</sup>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Incluidos tú y todos los miembros de tu familia.	Incluye sueldos, pagos del Seguro Social, beneficios por discapacidad o desempleo, pensiones y cualquier otro ingreso tuyo y de los miembros de tu hogar.

## Información del Seguro del Paciente

¿Tu empleador, compañía de seguros u otro tercero que actúe en nombre de tu empleador o compañía de seguros te indicó que postularas al Programa de Asistencia al Paciente de Lilly Cares?

- Sí  No

¿Tienes seguro? (Marca todas las opciones que correspondan)

- Ninguno  
 Medicare Parte D  
 Medicaid  
 Medicare Parte B **sin** seguro complementario ni secundario<sup>4</sup>  
 Medicare Parte B **con** seguro complementario o secundario<sup>4</sup>  
 VA o Militar  
 Seguro Privado (excepto Medicare Parte D)<sup>5</sup>  
 Otros

<sup>2</sup> Pídele a tu profesional de la salud que confirme la ubicación de la entrega.

<sup>3</sup> Mientras se procesa tu solicitud, Lilly Cares podría comunicarse contigo para que proporciones documentación que acredite tus ingresos o estado del seguro.

<sup>4</sup> Por ejemplo, Medigap, Medicare Advantage o un seguro privado del empleador.

<sup>5</sup> Por ejemplo, un plan patrocinado por un empleador o un plan del mercado de seguros médicos.

# Sección de Información del Paciente (Página 2 de 2)

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.

## Autorización del Paciente para Recargas Automáticas de Recetas Médicas (en adelante, “Recarga Automática”)

Si tu receta médica permite recargas, Lilly Cares dispensará 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 recargas, nos comunicaremos con tu profesional de la salud para renovar la receta médica antes de la próxima fecha de vencimiento de la recarga. Las recargas automáticas 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 recargas automáticas, comunícate con Lilly Cares al número 1-800-545-6962.

- Sí, recarguen mi medicamento automáticamente cuando llegue la fecha de la recarga.
- No, no recarguen mi medicamento automáticamente. Llamaré a Lilly Cares cuando sea la fecha de la recarga.

## 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 tu inscripción, a menos que solicites que se cancele la autorización que les otorgas antes de dicha fecha.

- Sí, me gustaría autorizar a una persona para que hable en mi representación.
- No, no quiero que nadie hable con Lilly Cares en mi representación.

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 tu representante autorizado.

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)

- Miembro de la Familia/Cuidador
- Otro, especifica

**Nombre del Representante Autorizado 2** (En letra de imprenta)

**Relación con el Paciente** (En letra de imprenta)

- Miembro de la Familia/Cuidador
- Otro, especifica

# Acuerdo de Certificación del Paciente

## Entiendo lo que se menciona a continuación:

- Entiendo que yo o el consultorio de mi profesional de la salud envía esta solicitud a fin de saber si califico para recibir asistencia con mis medicamentos de Eli Lilly and Company mediante 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 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 afiliados en todo el mundo, incluidos sus empleados, agentes, contratistas, proveedores, subsidiarias y socios comerciales autorizados que puedan estar trabajando en la administración de Lilly Cares, incluida la información médica. Además, entiendo y autorizo que se comparta, utilice y divulgue mi información para los fines operacionales de Lilly Cares, tal y como se explicó en el aviso de privacidad que se encuentra aquí: <https://www.lilly.com/privacy>.
- Lilly Cares Foundation, Inc. ("Lilly Cares") decidirá si califico para el Programa de Asistencia al Paciente de Lilly Cares (el "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 para solicitar la participación en 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 la recarga de mi medicamento, este dinero no se le paga a Lilly Cares.
- Si mi solicitud se aprueba, mi carta de aprobación 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). Una vez que mi inscripción finalice, tendré que volver a solicitar la participación en el 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 que se indica a continuación:

- Soy residente legal y permanente de Estados Unidos, Puerto Rico o las Islas Vírgenes de EE. UU.
- Mi solicitud es completa y 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 rápidamente la documentación que respalde la información que he proporcionado en esta solicitud (p. ej., documentos de verificación de ingresos) si Lilly Cares solicita dicha documentación. Si no proporciono de forma oportuna la documentación completa y exacta cuando se solicite, podría dar lugar a 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 en conjunto 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 a fin de decidir si soy elegible para el Programa. Esta consulta no afectará mi calificación de crédito. Tras la solicitud, 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 pruebas de mi ingreso anual 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 mediante el Programa Lilly Cares.
  - Si tengo cobertura mediante 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 medicamentos recetados.
  - 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.

Nombre del Paciente (En letra de imprenta)

Firma del Paciente o Tutor Legal

Fecha (MM/DD/AAAA)

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

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

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 envía esta solicitud a fin de saber si califico para recibir asistencia con mis medicamentos de Eli Lilly and Company mediante 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 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 con el fin de operar el programa.

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

- Información en esta solicitud.
- Información acerca de tus afecciones médicas, tratamiento, medicamentos actuales y futuros, e información de seguro.
- Otra información que las Entidades Receptoras podrían obtener para fines operacionales 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 realizar un seguimiento del uso de los medicamentos.
- Para medir el rendimiento del programa y realizar mejoras en él.
- Solo pedimos y compartimos la PHI que necesitamos para los fines operativos del Programa. No solicitamos ninguna PHI que no necesitemos, pero podríamos recibir una parte de esta en los expedientes médicos que nos envían.
- Pese a que no tienes que otorgar permiso para compartir tu PHI con Lilly Cares, es posible que no podamos ayudarte sin este.

**Mediante mi firma a continuación, también acepto lo siguiente:**

- Una vez que tu PHI se haya compartido, es posible que ya no esté cubierta por las leyes de privacidad federales y estatales (como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos [HIPAA, por sus siglas en inglés]) 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 una copia firmada de esta autorización de la HIPAA o a solicitar una copia a mi profesional de la salud.

**Nombre del Paciente** (En letra de imprenta)

**Firma del Paciente o Tutor Legal**

**Fecha** (MM/DD/AAAA)

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

Pídele a tu profesional de la salud (médico o enfermero) que complete esta sección.

# Sección del Profesional de la Salud/Prescriptor

## 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.

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

Fecha de Hoy (MM/DD/AAAA)

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 Fortrea Specialty Pharmacy (NPI 1780811125) en tu software de recetas electrónicas.

Medicamento

Concentración

Fecha de Hoy (MM/DD/AAAA)

Indicaciones (En letra de imprenta)

Cantidad que se debe Dispensar

- 4 Meses  3 Meses  2 Meses  1 Meses

N.º de Recargas

Dosis diaria máxima

¿Está prescribiendo insulina?  Sí  No

Si la respuesta es sí, selecciona la insulina prescrita:

- Vial (no disponible para Basaglar®, Humalog® U-200 o Lyumjev™ U-200)  
 KwikPen® (no disponible para Humulin® R 100 unidades/ml)  
 Cartucho (solo disponible para Humalog® 100 unidades/ml)

Tu estado podría exigir que las recetas sigan ciertos requisitos de contenido o que se utilice un formulario específico. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado generará la necesidad de comunicarse con el prescriptor, lo que puede retrasar el envío de los medicamentos. Al firmar 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

No se aceptarán los timbres realizados con sellos de goma, las firmas de otro miembro del personal de oficina 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 de la Oficina

Teléfono de Contacto de la Oficina



# Confirmaciones y Acuerdos del Prescriptor o Profesional de la Salud

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.
- Divulgo esta información con fines de tratamiento, así como otra información médica que podría divulgarse, incluida la historia clínica del paciente proporcionada en la Sección Profesional de la Salud/Prescriptor ("Paciente"), a Lilly Cares Foundation, Inc. ("Lilly Cares"), Eli Lilly and Company y a sus afiliados en todo el mundo, incluidos sus empleados, agentes, proveedores, socios comerciales y representantes del Programa que puedan estar trabajando en la administración de Lilly Cares a fin de evaluar si el Paciente califica para el Programa de Asistencia al Paciente (el "Programa") de Lilly Cares durante el tratamiento del Paciente. Antes de firmar este formulario, me aseguré de que el Paciente conozca y haya aceptado e indicado mi divulgación de su información a Lilly Cares para las situaciones en que Lilly Cares podría comunicarse con el Paciente a fin de habilitar aún más 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 y respetaré las leyes de dispensación de profesionales de la salud estatales para prescriptores autorizados en el estado en el que receto, recibo, almaceno y dispense 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 lo desecharé adecuadamente.
- Le recibí el medicamento mencionado anteriormente (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 o un uso farmacopeico aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (FDA, por sus siglas en inglés) para el Medicamento que receté a este Paciente.
- Según 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 ya no cumple 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.
- Reconozco 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 un 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 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. Reconozco 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 a Lilly Cares la documentación que confirme que el producto se eliminó adecuadamente.

## 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 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 para solicitar la participación en el Programa. El Paciente no tiene la obligación de utilizar un tercero que cobre una tarifa para ayudarlo con la inscripción y, si el Paciente utiliza un tercero que cobre una tarifa para ayudar con la inscripción o con la recarga de Medicamentos, este dinero no se le paga a Lilly Cares.
- No tengo ninguna obligación de comprar ni recetar ninguna medicina de Eli Lilly and Company para participar en este programa y certifico que no he recibido, y comprendo que no recibiré, ningún beneficio de ningún representante del Programa para recetar una medicina 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 operacionales del Programa.
- Proporcionaré al Paciente una copia firmada de su autorización 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. Comuníquese 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 Prescriptor (En letra de imprenta)

Firma Correspondiente al Nombre del Prescriptor

Fecha (MM/DD/AAAA)

Nombre del Solicitante del Programa Lilly Cares (En letra de imprenta)

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)

**Firma este formulario. Un formulario incompleto podría retrasar la inscripción del paciente en el Programa Lilly Cares.**