

Solicitud del Programa de Asistencia Oncológica al Paciente

La fundación 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 enviar sus solicitudes, a fin de 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. También es posible completar y enviar por fax solicitudes impresas en papel.

¿Qué medicamentos provee el Programa Lilly Cares?

- Alimta® (pemetrexed para inyección)
- Inyección de Cyramza® (ramucirumab)
- Inyección de Erbitux® (cetuximab)
- Tabletas de Jaypirca™ (pirtobrutinib)
- Inyección de Portrazza® (necitumumab)
- Cápsulas de Retevmo® (selpercatinib)
- Tabletas de Verzenio® (abemaciclib)

¿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, (incluido Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE. UU.).
- Tu profesional de la salud debe haberte recetado un medicamento de Lilly que califique.
- Lo que se menciona a continuación aplica a tu cobertura de seguro:
 - No estás inscrito en Medicaid, al Subsidio por Bajos Ingresos (LIS, por sus siglas en inglés; en adelante "Ayuda Adicional") completo o a los beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés).
 - No dispones de un plan que tenga como condición, requisito o prerrequisito enviar una solicitud para el Programa Lilly Cares, a fin de obtener cobertura para los medicamentos importantes de Eli Lilly and Company. A continuación, se proporciona una lista no exhaustiva de este tipo de programas no elegibles, los cuales suelen ser conocidos como programas de financiación alternativa, programas de defensa del paciente o redes especializadas (en conjunto, "AFP");* y
 - En los siguientes casos: 1) No dispones de un seguro; 2) tienes cobertura de Medicare Parte D o 3) tienes cobertura de Medicare Parte B para los productos oncológicos, pero no tienes seguro complementario ni secundario (p. ej., seguro privado que proporcionaba un empleador anterior, Medigap o Medicare Advantage).
- El tratamiento se debe proporcionar en un entorno ambulatorio. Se debe haber recibido el tratamiento durante los últimos 180 días, en caso de que el profesional de la salud busque un producto de reemplazo para el medicamento por infusión que ya se administró.
- Cumples los requisitos de las pautas del programa con respecto al ingreso familiar.

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 para conocer las pautas más actuales.

Número Total de Personas que viven en el Hogar (Incluidos tú y todos los miembros de tu familia)	1	2	3	4	5	6
Ingreso Familiar Anual antes de los Impuestos	\$72,900	\$98,600	\$124,300	\$150,000	\$175,700	\$201,400

Si vives en Alaska, Hawái, o más de 6 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 otro tipo de criterios. Podría no ser utilizado por aquellos que cuentan con seguros comerciales privados, lo que incluye a los "programas de financiación alternativa". Independientemente de que su plan cubra los productos de Lilly, los pacientes con seguros privados podrían no ser elegibles para el Programa Lilly Cares. Si un empleador, plan o un tercero le indica a los pacientes que deben solicitar el Programa Lilly Cares como una condición, requisito o prerrequisito de cobertura, o modifica la cobertura en función de la solicitud o disponibilidad del Programa Lilly Cares, dichos beneficiarios no serán elegibles para el Programa Lilly Cares. En el siguiente enlace se puede obtener más información sobre los criterios de elegibilidad de Lilly Cares <https://lillycares.com/assets/pdf/toapplycheckEligibility.pdf>.

¿Cómo puedo enviar una solicitud para el Programa Lilly Cares?

Para realizar la 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 para el Paciente** (páginas 4 y 5)
- 4** Lee y firma el **Acuerdo de Certificación del Paciente** (página 6)
- 5** Lee y firma la **Autorización en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus 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 lo hagan por ti en el consultorio de tu profesional de la salud)
Número de fax: 1-888-242-6230
- 8** Después de revisar tu solicitud, **se te 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 Solicitarlo

Lilly Cares no le cobra una tarifa a los pacientes por proporcionarles ayuda en su inscripción, 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.

Aviso de privacidad

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

Lilly Cares no utiliza ni divulga tu información personal confidencial, excepto para los fines limitados que estén autorizados por la ley. Por ejemplo, Lilly Cares podría recopilar información sobre tu salud o diagnóstico médico para proporcionarte una función específica o 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 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). En su lugar, las filiales podrían compartir tu información personal en algunos países que no garanticen el mismo nivel de protección de los datos. Sin embargo, todas las filiales deben tratar la información personal de manera acorde 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 a través de privacy@lilly.com o visita 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 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 para el 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) ¹	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

¹ Cuando proporcionas tu número de teléfono y firmas este formulario, aceptas recibir notificaciones automáticas por teléfono y mensaje de texto de Lilly Cares con respecto al programa, las cuales 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 ²
<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 o un tercero que actúe en nombre de tu empleador o compañía de seguros te indicó que te postularas al Programa de Asistencia al Paciente Lilly Cares?

- Sí No

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

- Ninguna
- Medicare Parte D
- Medicaid
- Medicare Parte B **sin** seguro complementario/secundario ³
- Medicare Parte B **con** seguro complementario/secundario ³
- VA o Militar
- Seguro Privado (excepto Medicare Parte D)⁴
- Otros

² Cuando se procese tu solicitud, Lilly Cares podría comunicarse contigo para solicitarte que proporciones documentación que demuestre tus ingresos o el estado del seguro.

³ Por ejemplo, Medigap, Medicare Advantage o seguro privado del empleador.

⁴ Por ejemplo, un plan patrocinado por un empleador y un plan del mercado de seguros médicos.

Sección de Información para el Paciente (Página 2 de 2)

Te recomendamos que, en este momento, elijas una respuesta para la siguiente pregunta. Sin embargo, en caso de que no lo hagas, no se retrasará tu postulación al Programa Lilly Cares.

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 fue afirmativa, indica a continuación el nombre de, al menos, un 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 imprenta)

Relación con el Paciente (en letra imprenta)

- Familiar/Cuidador
- Otro, especifica

Nombre del Representante Autorizado 2 (en letra imprenta)

Relación con el Paciente (en letra imprenta)

- Familiar/Cuidador
- Otro, especifica

Acuerdo de Certificación del Paciente

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 o 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 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 a compartir, utilizar y divulgar mi información para los fines de operación de Lilly Cares que se describen en el aviso de privacidad, el cual se puede encontrar en el siguiente enlace: <https://www.lilly.com/privacy>.
- Lilly Cares Foundation, Inc. ("Lilly Cares") decidirá si cumplo con los requisitos del Programa de Asistencia al Paciente 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 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 siguiente:

- Soy residente legal y 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.
- Cumpló 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 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 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 evidencia 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 a través del Programa Lilly Cares.
 - Si tengo cobertura a través de la Parte D de Medicare, no pediré que el valor o el costo asociados con el medicamento 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 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 en virtud 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 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 u otros que estén en posesión de mi información personal, incluida la información médica y la información médica protegida (PHI), 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 ("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 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 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 envían.
- 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.

Mediante mi firma a continuación, también acepto lo siguiente:

- 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 Información Médica Protegida 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 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

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.

Para Medicamentos Inyectables

- Alimta Cyramza Erbitux Portrazza

ICD 10*

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

- Solicitar una Sustitución del Producto

Solicitud del producto después de que se administró la dosis.

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

- Solicitud para el programa Proactive Provision

Completar solo en caso de que el producto se solicite antes de la administración.

Tamaño y Concentración del Vial:

N.º de Viales

Cronograma/Frecuencia de Dosificación

Instrucciones

Para Medicamentos de Administración Oral

- Verzenio®

- blíster de 50 mg para 7 días
 blíster de 100 mg para 7 días
 blíster de 150 mg para 7 días
 blíster de 200 mg para 7 días

- Retevmo®

- frasco con 60 unidades de 40 mg cada una
 frasco con 60 unidades de 80 mg cada una
 frasco con 120 unidades de 80 mg cada una

- Jaypirca™

- frasco con 30 unidades de 50 mg cada una
 frasco con 60 unidades de 100 mg cada una

Cantidad: suministro para 1 mes

Resurtidos (hasta por 1 año):

Instrucciones:

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 de la Instalación

Teléfono de la Instalación

Número de Fax de la Instalación

Nombre del Prescriptor

N.º de Licencia Estatal y Estado:

N.º de NPI

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Contacto del Consultorio

Teléfono del Consultorio

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.
- 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 he asegurado 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 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 con 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 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 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.
- Confirmando 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. Confirmando 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 siguiente:

- 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 su inscripción y, si el Paciente utiliza un tercero que cobre una tarifa para ayudarlo con la inscripción o con la recarga 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 ningún de los representantes del Programa para 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 operacionales 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. 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.

Prescriptor (en letra imprenta)

Firma del Prescriptor

Fecha (MM/DD/AAAA)

Nombre del Solicitante del Programa Lilly Cares (en letra imprenta)

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)

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