

## Formulario del Programa de Asistencia para Pacientes | Página 1 de 3

### 1. Información del paciente

NOMBRE		APELLIDO		GÉNERO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		FECHA DE NACIMIENTO			
DIRECCIÓN 1				DIRECCIÓN 2					
CIUDAD						ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL CUIDADOR/REPRESENTANTE LEGAL				RELACIÓN		N.º DE SEGURO SOCIAL			
NOMBRE DEL CUIDADOR/REPRESENTANTE LEGAL				RELACIÓN		N.º DE SEGURO SOCIAL			
N.º TELÉFONO DEL CUIDADOR									

### 2. Información del médico prescriptor

NOMBRE DEL MÉDICO PRESCRIPTOR				APELLIDO				SUFIJO	
N.º DE NPI		N.º DE IDENTIFICACIÓN FISCAL		N.º PTAN			N.º DE LICENCIA ESTATAL		

### 3. Información del centro médico

NOMBRE DEL CENTRO											
DIRECCIÓN				CIUDAD				ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DE CONTACTO						N.º DE TELÉFONO			N.º DE FAX		
Lugar de la atención: <input type="checkbox"/> Hospital/Consultorio externo <input type="checkbox"/> Centro de cirugía/ambulatorio <input type="checkbox"/> Consultorio del médico <input type="checkbox"/> Otro:											

### 4. Información del diagnóstico

CANTIDAD <input type="checkbox"/> 1 Inyección		Código ICD-10 o código de diagnóstico: <input type="checkbox"/> E30.1 <input type="checkbox"/> E22.8 <input type="checkbox"/> Otro:									
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Tiene en los archivos el consentimiento del paciente, de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), para autorizar la divulgación de los datos de identificación y seguro del paciente a Tolmar, Inc. y a sus agentes y representantes para la verificación de beneficios y los servicios de asistencia al paciente?

Sí  No (Se necesita la confirmación del consentimiento por escrito del paciente según la HIPAA para la verificación de beneficios y los servicios de asistencia al paciente)

Al firmar este formulario, confirmo que he obtenido, adecuadamente, el consentimiento y la autorización requeridos (si es necesario) que exigen la HIPAA federal y otras leyes estatales y federales sobre la privacidad, a fin de poder divulgar y compartir determinada información de salud protegida al PAP de Tolmar, administrado por un tercero contratado (el PAP). Además, certifico que la información proporcionada está completa y es precisa a mi leal saber y entender.

Verifico que soy un proveedor de atención médica en ejercicio, autorizado para solicitar, recetar y recibir medicamentos de venta con receta en la dirección indicada en este formulario. Notificaré al PAP si mi situación cambia en este sentido. Además, comprendo que el PAP puede poner el producto a disposición de los pacientes elegibles (según lo determine el PAP) y enviarme dicho producto destinado al uso de un paciente aprobado en particular. Además, confirmo que recetaré el medicamento mencionado y pedido para mi paciente a través del PAP y que solo ofreceré el producto recibido para el paciente específico identificado e inscrito en el PAP. No ofreceré ni utilizaré el producto brindado por el PAP para ningún otro fin.

Además, declaro que no facturaré, venderé ni solicitaré reembolsos al Gobierno o a terceros ni presentaré reclamaciones por el medicamento proporcionado según el PAP. También reconozco que la aprobación y la participación de mi paciente en el PAP no ocurrió a cambio de ninguna promesa, recompensa u otro acuerdo explícito o implícito con Tolmar relacionado con el uso, el pedido, la receta, la recomendación o la remisión, en el pasado o en el futuro, de cualquier producto de Tolmar.

**Cláusula de devolución del médico prescriptor:** Confirmo y acepto que, si el paciente no se presenta a recibir el medicamento del PAP o no está disponible para recibir el producto proporcionado por el PAP en un plazo de 30 días a partir de la recepción del medicamento del PAP, debo ponerme en contacto con el PAP y coordinar la devolución del producto. Llamaré al 1-833-213-9520 para recibir ayuda e instrucciones sobre las devoluciones del PAP.

FIRMA DEL MÉDICO PRESCRIPTOR						FECHA	
------------------------------	--	--	--	--	--	-------	--

**Solo para profesionales de la salud con licencia en Ohio**

Si corresponde, escriba en letra de imprenta su número de licencia de distribuidor final de medicamentos peligrosos (TDDD): \_\_\_\_\_  
 Visite el sitio web de la Junta de Farmacia del estado de Ohio ([www.pharmacy.ohio.gov](http://www.pharmacy.ohio.gov)) para obtener información adicional sobre cuándo un médico prescriptor debe tener una licencia TDDD.

¿Está exento de la licencia TDDD?  Sí  No

Al marcar “Sí”, declara que cumple con una de las exenciones de la licencia según la sección 4729.541 del Código Revisado de Ohio (ORC). Estas son algunas de las exenciones: (1) médicos prescriptores que son empresarios individuales; (2) prácticas empresariales con un único accionista (según las leyes de Ohio, las prácticas grupales con múltiples accionistas no están exentas); y (3) dentistas con licencia de la Junta Dental de Ohio. Visite el sitio web de la Junta de Farmacia del estado de Ohio para obtener información adicional. Al marcar “No,” declara que anteriormente proporcionó un número de licencia de TDDD válido. Su firma actúa como declaración de que tiene la licencia de TDDD adecuada o de que corresponde una exención en su caso.

**Programa de Asistencia para Pacientes**

Cantidad total de personas en el hogar: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Otro:						INGRESOS ANUALES DEL HOGAR EN DÓLARES
NOMBRE DEL REPRESENTANTE O DE LA ORGANIZACIÓN				RELACIÓN	N.º DE TELÉFONO	

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

Esta “Autorización” se proporciona con el fin de otorgar permiso para el uso y la divulgación de mi información de salud protegida, que incluye, entre otros datos, mi nombre, el medicamento que se me administrará, mi solicitud para ingresar al PAP de Tolmar, información financiera y del seguro, y otra información pertinente. Por la presente, solicito y autorizo a mis proveedores de atención médica y compañías de seguro a divulgar cualquier información de atención médica, tratamiento, seguro y de otro tipo que esté relacionada con el medicamento a Tolmar, Inc. y a sus proveedores externos (en conjunto, “Tolmar”) con el objetivo de (a) tramitar mi solicitud de acceso al Programa de Asistencia para Pacientes (PAP) de Tolmar; (b) determinar mi elegibilidad para el PAP; (c) determinar mi estado de elegibilidad continuo y futuras transferencias, retiros o cancelaciones, inclusive revisiones de casos, auditorías, evaluaciones y otros procedimientos de verificación. Cuando reciba mi información médica, por la presente, autorizo a Tolmar a divulgar dicha información a mis proveedores de atención médica y compañías de seguros según sea necesario para determinar si soy elegible para el PAP y, si lo aprueban, notificar mi inscripción en el PAP. Entiendo que mi futuro tratamiento, mis recetas médicas y mi atención médica por parte de los proveedores de atención médica y compañías de seguros NO depende de que yo firme esta Autorización y que no es obligatorio que firme esta Autorización. Sin embargo, entiendo que, si no la firmo, no seré elegible para participar en el PAP. Además, entiendo que puedo cancelar esta Autorización enviando una carta por correo postal a Fensolvi TotalSolutions®,

7515 S. Main St., Suite 180, Houston, TX, 77030. Al entregar dicha notificación, Tolmar no podrá seguir divulgando mi información médica y no seré elegible para participar en el PAP a partir de la fecha de notificación.

Esta Autorización tendrá 10 años de validez a partir de la fecha indicada más abajo, a menos que las leyes estatales requieran un plazo menor. Al firmar esta Autorización, mi información médica ya no estará protegida por la HIPAA y está sujeta a una nueva divulgación.

**DECLARACIÓN DEL PACIENTE PARA EL PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE O MEDICAID**

Si soy miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare, entiendo que puedo ser elegible si no estoy asegurado para el PAP de Tolmar, según el criterio exclusivo de Tolmar.

Si soy elegible para un plan de medicamentos recetados de Medicaid, pero ese plan no cubre los medicamentos de Tolmar, puedo ser elegible para el PAP si:

- Acepto que no presentaré ningún reclamo ante el Gobierno o una compañía de seguros comercial por el medicamento que se me proporciona dentro del PAP (p. ej., Medicare, Medicaid, el plan de salud del Gobierno de Puerto Rico “Mi Salud” o cualquier compañía de seguros comercial).
  - Obtengo confirmación de Medicaid de que no cubrirá el medicamento de Tolmar. (Si el programa de Medicaid cubre una parte de su costo, no será elegible para participar del PAP).
  - Si soy elegible, envíe una solicitud para el plan de salud del Gobierno de Puerto Rico “Mi Salud” y me la rechazaron.
  - Acepto enviar una notificación a mi proveedor de Medicaid de que recibí un producto gratuito dentro del PAP de Tolmar para asegurarme de que no se realice ningún pago por el producto en virtud del plan de Medicaid.
- Además, confirmo que, si mi información financiera o la de mi seguro cambia en cualquier aspecto material (p. ej., cambio de empleo, gastos médicos o del seguro, o la cantidad total de miembros de la familia), lo notificaré a Tolmar de inmediato.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN (continuación)**

**CERTIFICACIÓN PARA LA ASISTENCIA AL PACIENTE**

Con mi firma a continuación, confirmo que estoy solicitando un medicamento gratuito dentro del Programa de Asistencia para Pacientes (“PAP”) de Tolmar, Inc. (“Tolmar”). Entiendo que no tengo derecho a recibir productos gratuitos, pero que puedo presentar mi solicitud y, si soy elegible, a criterio exclusivo de Tolmar, puedo recibir el producto sin costo. Entiendo que Tolmar no tiene ninguna obligación de proporcionarme productos gratuitos y, por la presente, renuncio a cualquier reclamación de responsabilidad de Tolmar en relación con el PAP y los servicios prestados. Entiendo que, por firmar a continuación, no se garantiza mi elegibilidad. Confirmando que la información que le proporcioné al PAP es verdadera y está completa a mi leal saber y entender. Además, confirmo que, si soy elegible, no presentaré ningún reclamo ni pediré ningún reembolso por el producto gratuito que se me proporcione. También certifico que el médico prescriptor que me receta el producto de Tolmar fue elegido por mí y no fue recomendado por Tolmar ni ninguno de sus agentes. Si soy elegible, entiendo que Tolmar puede dar por finalizada mi elegibilidad en cualquier momento y sin aviso previo. También entiendo que, incluso después de que se determine que soy elegible, Tolmar no tiene obligación alguna de proporcionarme el producto y que puede cancelar mi elegibilidad en cualquier momento y con o sin causa. Además, confirmo que, si mi información financiera o la de mi seguro cambia en cualquier aspecto material, notificaré a Tolmar de inmediato.

NOMBRE DEL PACIENTE EN LETRA DE IMPRENTA	Si usted firma esta Autorización como representante personal de quien recibirá Fensolvi <sup>®</sup> , indique su relación (p. ej., “madre”, “padre”, “tutor legal”).	
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL CUIDADOR/REPRESENTANTE LEGAL	RELACIÓN CON EL PACIENTE	
FIRMA	FECHA	

**Programa de Asistencia para Pacientes**

**Elegibilidad para el programa**

- Debe presentar una solicitud para cada paciente.
- El paciente debe estar diagnosticado con una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para el producto.
- El paciente y sus cuidadores deben residir en los Estados Unidos.
- El paciente no debe tener cobertura de seguros.
- Es posible que los pacientes con Medicare, Medicaid, Mi Salud y otros seguros gubernamentales que cubran Fensolvi<sup>®</sup> no sean elegibles.
- El paciente debe estar atendido por un proveedor de atención médica con licencia y autorizado para recetar, entregar y administrar medicamentos en los Estados Unidos. Se requieren el número de licencia del estado y de la Administración de Control de Drogas (DEA).
- Los pacientes/cuidadores deben cumplir con los siguientes criterios financieros:
  - Ingreso familiar anual ≤500 % del nivel federal
- de pobreza (FPL) actual para productos oncológicos/hematológicos.
- Si se ha producido un cambio de situación (pérdida de ingresos, gastos médicos, cobertura de seguro, cambio en la cantidad de integrantes del hogar) durante el año fiscal, presente una prueba del cambio de situación para su consideración.

**Documentos requeridos**

- Complete **todas las secciones**.
  - Presente una copia de la tarjeta de Medicare o la carta de Medicaid, o de la denegación del Seguro Social, si corresponde.
  - **El cuidador debe firmar al final de este formulario** para el Programa de Asistencia para Pacientes de Tolmar.
  - **Se requiere una prueba de ingresos:** Presente un documento aceptable para justificar sus ingresos (si no tiene la obligación de presentar una declaración del impuesto sobre la renta en los EE. UU., puede ser necesario un Formulario 4506-T del Servicio de Rentas Internas [IRS]).
1. Copia del W-2 (de todos los empleadores) o la declaración del impuesto sobre la renta de los EE. UU. más reciente (Formularios 1040, 1040A, 1040EZ, 1040NR o 1040PR del IRS);  
**o bien**
  2. Copia del último recibo de sueldo y de la última declaración del impuesto sobre la renta de los EE. UU.;  
**o bien**
  3. Copia del último Formulario 1099 del IRS y de la última declaración del impuesto sobre la renta de los EE. UU.;  
**o bien**
  4. Copia del último Formulario SSA-1099 y de la última declaración del impuesto sobre la renta de los EE. UU.