

Solicitud de Asistencia al Paciente para HUMIRA® (adalimumab)

La Fundación de AbbVie para Asistencia al Paciente provee medicamentos de AbbVie sin costo para pacientes que experimentan dificultades económicas. Por lo regular, los pacientes elegibles no tienen cobertura de cuidados de la salud para el producto solicitado ni tienen acceso a fuentes alternativas de cobertura o fondos. Revisamos las solicitudes por caso individual para apoyar el propósito de la Fundación de AbbVie para Asistencia al Paciente de proveer productos sin costo a personas en necesidad.

Lista de cotejo para someter una solicitud:

- Asegúrese de completar todas las secciones de la solicitud. Dejar de completar la información requerida retrasará el proceso de revisión.
- Para completar el proceso de inscripción, se requiere tanto la información como las firmas del médico que prescribe y del paciente.
- SI USTED ES EL PACIENTE
 - Complete la página de información del paciente
 - Provea copia por ambos lados de su(s) tarjeta(s) del seguro de farmacia.
 - Provea prueba de ingreso (como la declaración de impuestos federal, W2 o talonarios de pago) de todas las personas en el hogar. Preferiblemente, copia de su declaración actual de impuestos federales.
 - De no haber ingreso en el hogar (\$0), no tiene que proveer documentación de ingresos. Podríamos comunicarnos con usted para más información.
 - Firme y fecha la Página de Certificación del Paciente y la Página de Autorización de Divulgación del Paciente
 - Si tiene cobertura del plan de medicamentos recetados de Medicare, firme y fecha la sección de *Certificación del Paciente para Pacientes con plan de medicamentos recetados de Medicare* de la Página de Certificación del Paciente.
 - Mantenga una copia para sus expedientes.
- IF YOU ARE A PRESCRIBER
 - Complete the Prescriber Prescription and Certification Page in English
 - Your signature and date are required.

Envíe por fax o correo la solicitud y documentación completada a:

AbbVie Patient Assistance Foundation
D617927, AP5 NE
1 N. Waukegan Rd.
North Chicago, IL 60064
Phone: 1-800-222-6885
Fax: 1-866-250-2803

Una vez recibida la solicitud completada, le notificaremos al médico que receta y al paciente sobre la elegibilidad. De aprobarse, le enviaremos el medicamento al hogar del paciente a menos que se indique otra cosa en la solicitud. Antes del envío subsiguiente cada 90 días, la Fundación de AbbVie para Asistencia al Paciente se comunicará con el lugar de envío para programar la próxima entrega.

Comuníquese con nosotros al 1-800-222-6885 de Lunes a Viernes para asistencia adicional.



PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION

Patient Assistance Application for HUMIRA® (adalimumab)

PHONE: 1-800-222-6885 • FAX: 1-866-250-2803

ABBVIE PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION • D-617927, AP5 NE • 1 N. WAUKEGAN RD • NORTH CHICAGO, IL 60064

PRESCRIBER INFORMATION

Prescriber Name: _____ MD DO Other: _____ Rheum Derm Gastro Other: _____

Office Name: _____ Office Contact Name: _____

Address: _____ City/State/Zip: _____

NPI or SLN: _____ Phone: _____ Fax: _____

PATIENT HISTORY • DIAGNOSIS • SHIPPING PREFERENCE

Patient's Name: _____ DOB: _____

No known allergies Allergies (Please list): _____

RHEUMATOID ARTHRITIS PSORIATIC ARTHRITIS PLAQUE PSORIASIS ANKYLOSING SPONDYLITIS

CROHN'S DISEASE ULCERATIVE COLITIS HIDRADENITIS SUPPURATIVA UVEITIS

POLYARTICULAR JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS [JIA] - Patient weight : _____ kg OTHER: _____

PEDIATRIC CROHN'S DISEASE - Patient weight : _____ kg **Check ONLY if you prefer shipping to the Prescriber's office:**

PRESCRIBER PRESCRIPTION AND CERTIFICATION

HUMIRA STARTER PACKS

	Weight: > 40kg (88lbs)	Quantity	
<input type="checkbox"/> CD/UC/HS Starter Package (Humira 40 mg/0.8 mL PEN)	<input type="checkbox"/> Four 40 mg sc injections day 1, two 40 mg sc injections day 15	# 6	No refills
<input type="checkbox"/> Humira 40 mg/0.8 mL prefilled SYRINGE	<input type="checkbox"/> Two 40 mg sc injections day 1, 2 and 15		
<input type="checkbox"/> Psoriasis/Uveitis Starter Package (Humira 40mg/0.8 mL PEN)	Two 40 mg sc injections day 1, one 40 mg sc injection day 8 and 22	# 4	No refills
<input type="checkbox"/> Humira 40 mg/0.8 mL prefilled SYRINGE			
<input type="checkbox"/> Pediatric Crohn's Disease Starter Package (Humira 40 mg/0.8 mL prefilled SYRINGE)	Weight: 17kg (37lbs) to < 40kg (88lbs) Two 40 mg sc injections day 1, one 40 mg sc injection day 15	# 3	No refills

HUMIRA

(Choose 1 from each column)

		Quantity <i>(Choose one)</i>	Refills <i>(Choose one)</i>
<input type="checkbox"/> Humira 40 mg/0.8 mL AUTO INJECTOR PEN	<input type="checkbox"/> 40 mg sc injection EVERY OTHER week	<input type="checkbox"/> 3 months standard program supply <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> 1 year <input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> Humira 40 mg/0.8 mL prefilled SYRINGE	<input type="checkbox"/> 40 mg sc injection EVERY week		
<input type="checkbox"/> Humira 20 mg/0.4 mL prefilled SYRINGE	<input type="checkbox"/> 20 mg sc injection EVERY OTHER week		
<input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Other: _____		

NEW YORK PRESCRIBERS PLEASE SUBMIT PRESCRIPTION PER NY STATE LAW RESTRICTIONS.
FOR ALL OTHER STATES, IF NOT FAXED, MUST BE ON STATE SPECIFIC BLANK IF APPLICABLE.

PRESCRIBER PLEASE SIGN AND DATE BELOW

PRESCRIBER SIGNATURE

(STAMPED SIGNATURES ARE INVALID)

Substitution Permitted _____ Date _____

PRESCRIBER SIGNATURE

(STAMPED SIGNATURES ARE INVALID)

Dispense as Written _____ Date _____

By signing this form, I represent to the AbbVie Patient Assistance Foundation (the "Foundation") that I have obtained all necessary Federal and state authorizations and consents from my patient to allow me to release health information to the Foundation and its contracted third parties.

I verify that the information provided is current, complete and accurate to the best of my knowledge and certify that I am authorized to receive medications at the shipping location identified in this application. If this applicant is eligible for the Foundation's patient assistance program (the "PAP"), I understand that the Foundation will send the medication to the designated shipping location, which could include my office or the patient's home. The Foundation reserves the right to request additional information if needed and to change or discontinue the PAP at any time, without notice. By signing this form, I certify that I am prescribing the aforementioned medication for an individual participating in the PAP. I acknowledge that I shall not seek reimbursement for any medication dispensed hereunder from any government program or third party insurer. I also understand that the applicant's acceptance into the PAP is not made in exchange for any explicit or implicit agreement or understanding that AbbVie Product will be used, purchased, leased, ordered, prescribed, recommended, or arranged for or provided formulary or other preferential or qualifying status. By signing this form, I authorize the Foundation and its representatives to transmit this prescription form electronically, by facsimile, or by mail to a pharmacy designated by the Foundation for the dispensing of the medication called for herein. I understand that I may not delegate signature authority. I certify that treatment with this medication is medically necessary.

Notice to Health Care Providers and Insurers: This form of authorization may not comply with all applicable Federal and state laws governing disclosure of the patient's information to the Foundation and its contracted third parties. The Foundation urges all entities disclosing information about the patient to consult with legal counsel prior to relying on this form.



Solicitud de Asistencia al Paciente para HUMIRA® (adalimumab)

PHONE: 1-800-222-6885 • FAX: 1-866-250-2803

ABBVIE PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION • D-617927, AP5 NE • 1 N. WAUKEGAN RD • NORTH CHICAGO, IL 60064

La Fundación de AbbVie para Asistencia al Paciente provee HUMIRA sin costo a personas que cumplen con los criterios de elegibilidad específicos del programa

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Sexo: M F

Fecha de nacimiento: _____ Núm. SS (últimos cuatro dígitos SOLAMENTE): ____|____|____|____ Si no tiene Núm SS, marque aquí:

Dirección (No use P.O. Box): _____

Ciudad/Estado/Código postal (Zip): _____

Teléfono durante el día: _____ Teléfono durante la noche: _____

Nombre del médico: _____

Teléfono del médico: _____ Fax del médico: _____

Otros medicamentos (Favor Mencione): _____

INFORMACIÓN FINANCIERA (También se requiere documentación de ingresos)

Ingreso mensual actual del hogar: \$ _____ Número total de personas en su hogar (usted incluido): _____
de todos en el hogar Cuántos menores de 18 años en el hogar: _____

Fuente de ingresos: Salarios SSDI SSI Desempleo Pensión Otro: _____

Incluya documentación de ingresos de todos en el hogar. Preferiblemente, copia de su declaración actual de impuestos federales.
De no haber ingreso en el hogar (\$0), no tiene que proveer documentación de ingresos.

INFORMACIÓN DE SEGURO

- No tengo cobertura de seguro
- Tengo cobertura de seguro que no cubre HUMIRA de manera adecuada
- Provea detalles del seguro a continuación o anexe copia por ambos lados de la tarjeta del seguro.
 - Incluya una lista detallada de los gastos médicos del hogar, incluidos medicamentos, visitas médicas, primas de seguro, facturas médicas, y otros.

SEGURO PRIMARIO

SEGURO SECUNDARIO

Compañía aseguradora:		Compañía aseguradora:	
Teléfono de la compañía aseguradora:		Teléfono de la compañía aseguradora:	
# Póliza:	# Grupo:	# Póliza:	# Grupo:
Nombre del tenedor de la póliza:		Nombre del tenedor de la póliza:	
Relación con el tenedor de la póliza:		Relación con el tenedor de la póliza:	
Fecha de nacimiento del tenedor de la póliza:		Fecha de nacimiento del tenedor de la póliza:	

Preguntas acerca de Medicare:

- ¿Es elegible para Medicare? Sí No
 - Si es Sí, provea su # identificación de la Parte A de Medicare: _____
 - Si es No, provea la fecha anticipada de elegibilidad de Medicare (si es en un año) _____
- ¿Está inscrito en un plan de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D)? Sí No No está seguro
- ¿Es elegible para ayuda adicional (asistencia económica del Seguro Social) con el costo de los medicamentos bajo Medicare Parte D? Sí No No está seguro
- Si es elegible para Medicare, provea el valor de sus activos: \$ _____

Activos incluyen cuentas de cheque y ahorros, CD, acciones y bonos, bonos de ahorros, fondos mutuos, IRA, otras inversiones, efectivo en el hogar o en cualquier otro lugar, y el valor de sus pólizas de seguro de vida si las ha intercambiado por efectivo en estos momentos. No incluya su hogar, vehículos, lote en el cementerio ni posesiones personales.



Solicitud de Asistencia al Paciente para HUMIRA® (adalimumab)

PHONE: 1-800-222-6885 • FAX: 1-866-250-2803

ABBVIE PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION • D-617927, AP5 NE • 1 N. WAUKEGAN RD • NORTH CHICAGO, IL 60064

CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE PARA ASISTENCIA PARA EL PACIENTE (Requerido)

Entiendo que cualquier asistencia en la forma de un producto, sin costo, es contingente a mi capacidad para cumplir con los criterios de elegibilidad del Programa de Asistencia al Paciente de AbbVie ("PAP") según determinado por la Fundación de AbbVie para Asistencia al Paciente, AbbVie Inc. o terceros contratados por la Fundación de AbbVie para Asistencia al Paciente (colectivamente, la "Fundación"). Estoy de acuerdo en que la Fundación no tiene ninguna obligación de proveerme los servicios de PAP y relevo cualquier responsabilidad de la Fundación para proveer los servicios de PAP. Entiendo que al completar este formulario no se me garantiza la elegibilidad para recibir medicamentos sin costo del PAP. En caso de ser elegible para el PAP, reconozco que esta asistencia es temporal y que me pueden pedir que vuelva a solicitar a intervalos designados según lo determine la Fundación. Además, entiendo que el PAP puede cambiar o discontinuarse en cualquier momento sin que se me avise y en dicho momento los servicios de PAP dejarán de proveerse. Estoy de acuerdo en no buscar reembolso por cualquier producto despachado bajo el PAP de ningún programa gubernamental ni aseguradora terciaria. Certifico que la información que he brindado en este formulario es precisa y completa. Estoy de acuerdo en notificar al PAP de haber cambios en mi seguro o situación económica. Si esta solicitud fuera completada por un representante personal, el representante personal asegura haber provisto al paciente una copia completada de esta solicitud.

Nombre del paciente: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

(si aplica)
Nombre del representante: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Relación: _____

CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE PARA PACIENTES CON PLAN DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE (Requerido solo para estos pacientes)

De ser miembro de un Plan de medicamentos recetados de Medicare que ofrece cobertura para medicamentos recetados para el medicamento solicitado bajo mi plan de medicamentos recetados de Medicare y soy elegible para asistencia mediante la Fundación de AbbVie para Asistencia al Paciente:

- Entiendo que seré elegible para obtener el medicamento solicitado mediante la Fundación por el término de un año calendario, presumiendo que continúe cumpliendo con los criterios de elegibilidad de la Fundación.
- Estoy de acuerdo en no comprar este medicamento bajo mi plan de Medicare que provee cobertura para medicamentos recetados mientras esté inscrito en este programa y hasta terminado el año calendario de mi inscripción en la Fundación.
- Estoy de acuerdo en no someter reclamos ni buscar crédito por los costos reales que tenga que desembolsar (TrOOP, por sus siglas en inglés) por cualquiera de los medicamentos solicitados provistos bajo la Fundación mientras esté inscrito en este programa y hasta terminado el año calendario de mi inscripción en la Fundación.
- Estoy de acuerdo en proveer notificación escrita a mi plan de medicamentos recetados de Medicare de mi aprobación para recibir un abasto del medicamento solicitado sin costo aparte del beneficio de Medicare Parte D mediante la Fundación. La notificación es para asegurar que mi plan de Medicare no pague por el producto, que ninguna parte del costo del producto sea acreditado hacia mi balance TrOOP y que mi plan pueda llevar a cabo una revisión de utilización de medicamentos y actividades del programa de manejo de la terapia de medicamentos apropiadas.
- Le notificaré a la Fundación de inmediato de haber algún cambio en mi cobertura de medicamentos recetados.

Nombre del paciente: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

(Si aplica)
Nombre del representante: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Relación: _____

REPRESENTACIÓN DEL REPRESENTANTE PERSONAL (si aplica)

El representante personal del paciente puede firmar este formulario a nombre del paciente. Sin embargo, solo ciertas personas pueden calificar como representante personal del paciente. La ley estatal determina quién puede ser un representante personal para propósitos de esta autorización. El representante personal garantiza haber provisto una copia de esta solicitud completada al paciente.

Al firmar a continuación, certifico ser un representante personal autorizado del paciente bajo la ley estatal aplicable.

Nombre del representante: _____ **Relación:** _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

PERMISO ADICIONAL PARA PROPÓSITOS DEL PROGRAMA (opcional)

Autorizo a la Fundación de AbbVie para Asistencia al Paciente a hablar con la siguiente persona acerca de esta solicitud:

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Número de teléfono:** _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____



PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION

Solicitud de Asistencia al Paciente para HUMIRA® (adalimumab)

PHONE: 1-800-222-6885 • FAX: 1-866-250-2803

ABBVIE PATIENT ASSISTANCE FOUNDATION • D-617927, AP5 NE • 1 N. WAUKEGAN RD • NORTH CHICAGO, IL 60064

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Entiendo que el propósito de esta autorización ("Autorización") es otorgar mi permiso para la divulgación y uso de mi información protegida de salud. Solicito y autorizo a mis profesionales del cuidado de la salud y aseguradoras del plan médico que me han brindado tratamiento, pago o servicios a mí, o para mí, a divulgar cualquier información relacionada a mi salud, tratamiento y cobertura que tenga que ver con el pago de medicamentos a la Fundación de AbbVie para Asistencia al Paciente, a AbbVie Inc., a sus afiliados o a terceros contratados por la Fundación de AbbVie para Asistencia al Paciente, (colectivamente, la "Fundación") para los siguientes propósitos: (i) para determinar mi elegibilidad para el programa de asistencia al paciente de la Fundación ("PAP"), (ii) de ser necesario, responsabilizarse y asistir en mi salida del PAP y/o transferencia a un programa de pago privado o público aparte y (iii) administrar y mantener la alta calidad del PAP, incluido pero sin limitarse a, la revisión del caso, verificación de cumplimiento y para propósito de auditorías y contabilidad. Entiendo que una vez la Fundación reciba mi información de salud, esta se puede comunicar con mis profesionales del cuidado de la salud y aseguradoras para determinar mi elegibilidad para el PAP. Entiendo que no es requerido firmar esta Autorización y que ningún profesional del cuidado de la salud o aseguradora condicionará mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad de beneficios en la firma de esta Autorización. Sin embargo, entiendo que de no firmar esta Autorización, no puedo participar en el PAP (si califico). Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento escribiendo a: AbbVie Patient Assistance Foundation a D-617927, AP5 NE, 1 N. Waukegan Rd. North Chicago, IL, 60064 o notificándolo a mis profesionales del cuidado de la salud o aseguradoras. Si cancelo esta Autorización, no podré participar en ciertos aspectos del PAP. Una vez la Fundación reciba y procese mi solicitud de cancelación, la Fundación dejará de usar mi información de salud de ahí en adelante. Entiendo que de cancelar mi Autorización esto no afectará ningún uso de mi información de salud que ocurriera antes que mi petición fuera procesada. Esta autorización será válida por 10 años desde la fecha de la firma en este formulario (a menos que la ley estatal indique un periodo más corto). Entiendo que, a menos que lo restrinja la ley estatal, mi información de salud divulgada bajo esta Autorización está sujeta a que la Fundación vuelva a divulgarla y deje de estar protegida por HIPAA.

Nombre del paciente: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

(Si aplica)

Nombre del representante: _____ **Firma:** _____ **Fecha:** _____

Relación: _____