

P.O. Box 5697, Louisville, KY 40255

Teléfono: 1-855-297-5904

Horario: De L a V, de 8:30 a. m. a 6:00 p. m., hora del Este

Fax: 1-855-297-5905

---

El Programa de asistencia al paciente de Boehringer Ingelheim Cares Foundation (BI Cares) (el "Programa") es gratuito para los pacientes elegibles de los EE. UU. que se postulan y se inscriben en el Programa.

**Tenga en cuenta que:** Boehringer Ingelheim Cares Foundation, Inc. no está afiliada a ninguna persona u organización externa que pueda cobrar a los pacientes unas tarifas para ayudarlos a aplicar a nuestro Programa o solicitar reposiciones a través de nuestro Programa. Estas personas u organizaciones están actuando de manera independiente a la Boehringer Ingelheim Cares Foundation y no tienen el consentimiento de nuestra fundación.

### ¿Quién es elegible?

Todas las solicitudes se revisan de acuerdo con los criterios de elegibilidad del Programa BI Cares. Para ser elegible, debe:

- Ser residente con una dirección física dentro de los Estados Unidos o el territorio de los EE. UU.
- Contar con una de las circunstancias de la cobertura del seguro que se describen a continuación:
  - No tener cobertura de salud
  - No tener cobertura suficiente para obtener el medicamento Gilotrif®
- No tener acceso a fuentes alternativas de cobertura o financiamiento para Gilotrif®
- Cumplir con las pautas de ingresos del hogar establecidas por BI Cares

### ¿Qué información se necesita para presentar una solicitud?

Los siguientes elementos deben enviarse al Programa de asistencia al paciente de BI Cares para que la solicitud se considere completa:

- Complete las Secciones 1 a 4, incluidas las firmas, incluida la autorización del paciente para compartir información médica (página 3)
- Haga que un proveedor de atención médica complete las Secciones 5 a 7, incluida una firma original
- Se requiere una prueba de ingresos (consulte la Sección 2 para obtener más información)

## Sección 1: Información del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Nota:** La entrega será a la dirección del paciente, a menos que el paciente indique lo contrario.

Número de teléfono preferido durante el día \*: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\* Comprendo que este Programa puede incluir llamadas y correos electrónicos de BI Cares Foundation y sus socios externos ("Socios"). Estas comunicaciones periódicas tienen como objetivo proporcionar actualizaciones oportunas sobre el estado de su solicitud y otra información relacionada con su participación en el Programa. Al responder "Sí" a continuación, usted indica que también desea recibir ayuda a través de mensajes de texto.

Envíeme notificaciones por mensaje de texto sobre los estados del Programa y de envíos:      Sí      No

**Sí,** acepto recibir mensajes periódicos de BI Cares Foundation y sus Socios sobre mi participación en el Programa y otra información relacionada al número de teléfono que se proporciona a continuación. Comprendo que los mensajes de texto pueden enviarse a través de un autollamador y que no constituyen una condición para la inscripción en el Programa. Pueden aplicarse tarifas estándar de mensajería y datos.

Proporcione el número de teléfono preferido para las notificaciones por mensajes de texto: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Sexo (marque con un círculo):      Hombre      Mujer

Idioma preferido (marque con un círculo):      Inglés      Español      Otro: \_\_\_\_\_

## Sección 2: Información financiera del paciente

¿Cuántas personas viven en su hogar (incluido usted)? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el ingreso familiar total de un año? \$ \_\_\_\_\_

Total de activos domésticos de los pacientes (incluidos el plan de ahorro para jubilación [401(k)], segundo hogar, cuenta individual de jubilación [individual retirement account, IRA], etc. No incluya su hogar principal ni su automóvil) \$ \_\_\_\_\_

Incluya prueba de ingresos para TODOS los miembros del hogar:

Documentación financiera preferida: Formularios 1040, 1040EZ, 1040X, 1099 del Servicio de Impuestos Internos (*Internal Revenue Service, IRS*) o copias de todos los formularios W-2 para el hogar

- Otras formas aceptables de documentación financiera: SSA-1099, declaración de beneficios de seguridad social, un mes de talones de cheques de pago con fecha dentro de los últimos 90 días, declaraciones de pensión alimenticia, declaraciones de pensión o declaraciones de jubilación ferroviaria
- Comprendo que cualquier producto que se me proporcione a través de BI Cares depende de que cumpla con los criterios de elegibilidad; y que BI Cares se reserva el derecho de tomar una determinación independiente de necesidad financiera y médica.

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

### Sección 3: Información del seguro

*marque una opción con un círculo*

¿Ha recibido pagos por discapacidad de la seguridad social durante más de 24 meses?	Sí	No
¿Ha recibido una carta de denegación del subsidio de bajos ingresos de Medicare? <i>Si la respuesta es afirmativa, adjunte una copia reciente de esta carta junto con su solicitud.</i>	Sí	No
¿Tiene Medicare Parte D o Medicare Advantage?	Sí	No
¿Tiene Medicaid?	Sí	No
¿Tiene cobertura de fármacos con receta de una aseguradora de salud comercial o privada? (sin incluir los beneficios de recetas de la Parte D de Medicare)	Sí	No
¿Recibe beneficios de cobertura de medicamentos con receta de Veterans Affairs (Asuntos de veteranos)?	Sí	No

### Sección 4: Declaración del paciente

Al firmar a continuación, usted, el paciente, da fe y certifica que:

- La información proporcionada en esta solicitud y cualquier información adicional proporcionada como parte del proceso de solicitud es actual, completa y precisa a su leal saber y entender.
- No puede pagar el medicamento solicitado y: (1) no tiene cobertura; (2) no tiene cobertura para el medicamento para el cual ha solicitado apoyo en virtud del Programa; o (3) tiene cobertura para el medicamento pero tiene un gasto de bolsillo que no puede pagar.
- Usted no buscará reembolso alguno de la aseguradora o del programa gubernamental por ningún medicamento dispensado del Programa y notificará de inmediato al Programa si el medicamento solicitado ya no es médicamente necesario o si su seguro/estado financiero ha cambiado.

Además, al firmar a continuación, usted, el Paciente, comprende y acepta lo siguiente:

- Cualquier medicamento suministrado como resultado de esta Solicitud es solo para su uso, y no debe venderse, comercializarse, permutarse, transferirse ni devolverse para crédito. No se presentarán reclamos relacionados con este medicamento a ningún tercero (como Medicare, Medicaid, Veterans Affairs o cualquier otro programa público) para su reembolso.
- Completar esta Solicitud no garantiza que se le proporcionará asistencia.
- La información proporcionada en esta Solicitud está sujeta a auditorías y verificaciones aleatorias. Durante dichas auditorías y procesos de verificación, es posible que se le solicite documentación de respaldo adicional.
- BI Cares puede cambiar este Programa en cualquier momento y se reserva el derecho de finalizar su inscripción en cualquier momento debido a la falta de elegibilidad o factores relacionados.
- Es posible que se le niegue el medicamento puesto a su disposición en virtud de este Programa si no coopera plenamente con los esfuerzos realizados para verificar la información proporcionada en esta solicitud, o si no toma medidas para asegurar otras formas de pago de su medicamento después de haber sido notificado de otros programas para los cuales puede ser elegible.

BI Cares no está obligado a verificar ninguna información contenida en esta Solicitud ni a confirmar otros medicamentos que esté tomando.

Al firmar a continuación, doy mi permiso para compartir mi información personal con Boehringer Ingelheim Cares Foundation, Inc., sus representantes, agentes y otros socios externos que respaldan la administración del Programa, que pueden comunicarse conmigo con consultas de seguimiento y que pueden informar mi información personal a las autoridades sanitarias para cumplir con las normas y regulaciones vigentes.

<b>Firma del paciente/representante autorizado:</b>	<b>Fecha:</b>
---	---------------

## **Autorización del paciente para compartir información médica**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, doy mi permiso para que mis profesionales de la salud, proveedores de farmacia, plan de salud y aseguradoras compartan mi información personal y médica con BI Cares, sus representantes, agentes y otros socios externos que apoyan la administración del Programa (en conjunto, "BI Cares y sus Socios"). Comprendo que mi información médica y personal puede incluir, entre otros, mi afección médica, tratamiento, administración de la atención, seguro médico, antecedentes de medicamentos y recetas (la "Información").

Doy autorización a BI Cares y a sus Socios para usar y revelar la Información con los siguientes fines:

- Para procesar mi solicitud para el Programa, validar la información proporcionada en esta solicitud y verificar mi elegibilidad para participar en el Programa, investigar y verificar mis beneficios de seguro y/o identificar otros recursos de asistencia para pacientes.
- Notificarme si no cumpla con los requisitos de elegibilidad o si hay algún cambio en el Programa.
- Si se confirma la elegibilidad, para facilitar mi participación en el Programa, que incluirá la dispensación y entrega de medicamentos.
- Asistir en la administración general del Programa y llevar a cabo cualquier servicio adicional descrito anteriormente y relacionado con el Programa.
- Cumplir con las normas vigentes y los requisitos reglamentarios relacionados con la información de seguridad recibida durante la administración del Programa, donde dicha información se recopila en pos de la seguridad del paciente. Dicha información se archivará en una base de datos global, y la información se podrá informar a las autoridades reguladoras. Boehringer Ingelheim conservará los datos durante el tiempo que lo exijan las normas y reglamentaciones vigentes.

Sin limitar los fines de uso y divulgación de la Información establecida anteriormente, comprendo lo siguiente:

- BI Cares y sus Socios respetan su privacidad e implementan medidas de seguridad en un esfuerzo por mantener la confidencialidad de la Información, pero es posible que la Información divulgada en virtud de esta autorización ya no esté protegida por las leyes de privacidad estatales y federales, y que los destinatarios vuelvan a divulgar la Información legalmente.
- Que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a BI Cares a la dirección indicada en esta solicitud, pero mi cancelación solo se aplicará al uso futuro de la Información y no cambiará ninguna acción tomada antes de mi cancelación.
- Que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización de mi profesional de la salud y/o BI Cares, y que puedo inspeccionar/obtener una copia de la Información divulgada de conformidad con esta autorización.
- Que puedo negarme a firmar esta autorización y esto no afectará la forma en que mis profesionales de la salud, proveedores de farmacia, plan de salud y aseguradoras me tratan, pero si no firmo esta autorización, no podré participar en el Programa.
- Esta autorización es válida a partir de la fecha de su ejecución y vencerá un año después de la fecha de inscripción en el Programa o de la fecha en que se me notifique que no soy elegible para el Programa, a menos que revoque mi consentimiento según los términos de esta autorización.

**Firma del paciente/representante autorizado:**

**Fecha:**

Programa de asistencia al paciente de BI Cares - Gilotrif  
P.O. Box 5697, Louisville, KY 40255  
Teléfono: 1-855-297-5904 Fax: 1-855-297-5905

de lunes a viernes,  
de 8:30 a.m. a 6:00 p.m., hora del Este

**Imprima con tinta azul o negra.**

Solicitud al Programa de asistencia al paciente de BI Cares Foundation - Gilotrif®

**Envíe la Solicitud completa por fax: 1-855-597-5905**

**Teléfono: 1-855-597-5904**

### Sección 5: Información del médico prescriptor

Nombre del médico prescriptor: \_\_\_\_\_ Identificador nacional del proveedor (National Provider Identifier, NPI): \_\_\_\_\_  
Especialidad: \_\_\_\_\_ N.º de licencia estatal (State License Number, SLN): \_\_\_\_\_ Fecha de venc. del SLN: \_\_\_\_\_  
Nombre del centro/instalación: \_\_\_\_\_ Nombre de contacto del consultorio: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono del consultorio: \_\_\_\_\_ Fax del consultorio: \_\_\_\_\_

### Sección 6: Información de prescripción y medicamentos\*

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Gilotrif® (marque una opción con un círculo): 20 mg    30 mg    40 mg    Días de suministro: \_\_\_\_\_ 60 días  
Indicaciones: \_\_\_\_\_ Reposiciones (marque una opción con un círculo): 1    2    3    4    5  
Si la respuesta es Sí, indique todas las  
¿Alergias a medicamentos?    Sí    No    alergias a los fármacos: \_\_\_\_\_  
Medicamentos actuales (indique): \_\_\_\_\_

\* Se puede adjuntar un formulario de receta por separado a esta solicitud y se debe adjuntar un formulario por separado si así lo exigen las leyes federales y estatales.

Boehringer Ingelheim Cares Foundation, Inc. ("BI Cares") y sus afiliadas, agentes, representantes y proveedores de servicios utilizarán la información que usted, el médico prescriptor, proporciona como parte de esta solicitud para el Programa de asistencia al paciente de BI Cares - Gilotrif® ("Solicitud") para (1) procesar esta Solicitud y verificar la información contenida en esta Solicitud, (2) administrar, analizar, y mejorar el Programa de asistencia al paciente de BI Cares ("Programa"), (3) mejorar y adaptar nuestros productos y servicios para brindarle un mejor servicio, (4) comunicarse con usted sobre su experiencia con el Programa, y/o (5) enviarle materiales y otra información útil y actualizaciones relacionadas con los programas de BI Cares ("Servicios").

Al firmar a continuación, usted, el médico prescriptor, da fe y certifica que:

- La información proporcionada en esta Solicitud y cualquier información adicional proporcionada como parte del proceso de Solicitud es actual, completa y precisa a su leal saber y entender.
- Según su leal saber y entender, el paciente identificado en esta Solicitud no puede pagar el medicamento solicitado y (1) no tiene cobertura o (2) no tiene cobertura para el medicamento o (3) tiene cobertura para el medicamento pero tiene un gasto de bolsillo que no puede pagar.
- Usted no buscará reembolso alguno por los medicamentos dispensados del Programa.
- Usted notificará al Programa de inmediato si el medicamento solicitado ya no es médicamente necesario para el tratamiento de este paciente o si se entera de que el seguro o el estado financiero de su paciente han cambiado.
- Usted tiene una copia firmada en archivo de la Autorización en virtud de la ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA) actual y completa de su paciente, o cualquier otra autorización o consentimiento requerido por ley, para que pueda compartir información médica del paciente con el Programa, incluidos BI Cares y sus afiliadas, agentes, representantes y proveedores de servicios.

Además, al firmar a continuación, usted, el médico prescriptor, comprende y acepta lo siguiente:

- Cualquier medicamento suministrado como resultado de esta Solicitud es solo para el uso del paciente mencionado en este formulario, y no se venderá, comercializará, permutará, transferirá ni devolverá para crédito. No se presentarán reclamos relacionados con este medicamento a ningún tercero (como Medicare, Medicaid, Veterans Affairs o cualquier otro programa público) para su reembolso.
- Completar esta Solicitud no garantiza que se le proporcionará asistencia a su paciente.
- La información proporcionada en esta Solicitud está sujeta a auditorías y verificaciones aleatorias.
- BI Cares puede cambiar este Programa en cualquier momento y se reserva el derecho de finalizar la inscripción de su paciente en cualquier momento debido a la falta de elegibilidad o factores relacionados.

**Firma del médico prescriptor:**

(Original: NO SE ACEPTAN sellos)

**Fecha:**

