

Patient Access Support

DUOPA® (carbidopa/levodopa enteral suspension)

El sistema **Patient Access Support de AbbVie** incluye programas que brindan acceso, apoyo financiero y recursos relacionados con el tratamiento para los pacientes. Podemos ayudar a identificar opciones de asistencia financiera para que los pacientes puedan acceder a los medicamentos recetados de AbbVie. Entendemos que usted es muchas cosas más que apenas su afección. Piense en nosotros como socios en su recorrido de tratamiento con medicamentos de AbbVie.




Comencemos

Si usted es paciente:

- 1 Lea detenidamente las condiciones de participación, el aviso de privacidad, la información financiera y las autorizaciones de HIPAA en las páginas 1 a 3.
- 2 Imprima y complete el formulario de inscripción en la página 4.
- 3 Brinde su consentimiento para la determinación de elegibilidad marcando las casillas en la Sección 5 y firme e indique la fecha para confirmar su comprensión de las Condiciones de participación. También debe proporcionar una firma y una fecha por separado para la autorización de HIPAA.
- 4 Si tiene seguro médico, incluya copias del anverso y reverso de todas las tarjetas de seguro.
- 5 Guarde una copia de esta solicitud para sus registros.

Cómo enviar una solicitud

Para que AbbVie pueda comenzar a evaluar su elegibilidad para los programas de Patient Access Support, usted y el consultorio de su médico deben haber enviado las páginas 4 y 5 de este formulario junto con la documentación necesaria. El procedimiento será de alguna de las siguientes maneras:

	Envíe un fax a AbbVie: 1-844-845-2323		Para obtener más información acerca de nuestro programa, visite www.AbbVie.com/patientaccesssupport		myAbbVie Assist 600 Emerson Road 3RD Floor, Suite 300 Creve Coeur, MO 63141
---	---	---	--	---	---

Tras la revisión de una solicitud completa, notificaremos la determinación de elegibilidad al paciente y al profesional que emite la receta sobre la elegibilidad. Si la elegibilidad del paciente para myAbbVie Assist Patient Assistance se aprueba, nos comunicaremos con el paciente para coordinar el envío del producto. El medicamento será enviado al destino indicado en la solicitud.

Información financiera

AbbVie ofrece un programa de asistencia financiera que brinda acceso y apoyo financiero a quienes cumplen con las pautas del programa. Al firmar este formulario de solicitud, usted proporciona instrucciones por escrito al Programa, en virtud de la Ley de Informe Imparcial de Crédito (FCRA), autorizándolo a obtener información sobre su perfil crediticio de agencias de informes crediticios u otras fuentes. Usted autoriza a AbbVie a obtener dicha información exclusivamente con el fin de determinar la elegibilidad para el programa Patient Assistance Program (PAP) y para realizar una verificación electrónica de ingresos. Comprende que es posible que deba proporcionar documentación financiera adicional para consideración del programa Patient Assistance.

**¿Tiene preguntas?
Llame al 1-844-265-8027**

Si usted es quien receta:

- 1 Complete el formulario de inscripción y receta en la página 5.
- 2 Marque las casillas en la Sección 10 para confirmar que respeta los términos y las condiciones y que la receta es correcta, y proporcione su firma y la fecha.

Patient Access Support

Condiciones de participación

El sistema **AbbVie Patient Access Support** ofrece los siguientes programas de acceso:

PATIENT ASSISTANCE PROGRAM (PAP): myAbbVie Assist proporciona medicamentos gratuitos a los pacientes que califican. La participación en nuestro programa es gratuita; no cobramos ninguna tarifa a las personas que solicitan nuestra asistencia. La asistencia para los medicamentos depende de su capacidad para cumplir con los criterios de elegibilidad de nuestro programa, según lo determina myAbbVie Assist. myAbbVie Assist no tiene ninguna obligación de proporcionarle los servicios del programa y no es responsable de la prestación de estos servicios. Los pacientes con planes de seguro o empleadores que participen en un programa de financiamiento alternativo (a veces también denominados programas de defensoría de pacientes, redes especializadas, SHARx, Paydhealth o Payer Matrix, entre otros nombres) que requiera que presenten una solicitud para un programa de asistencia para pacientes del fabricante o busquen de otro modo cobertura de medicamentos especializados recetados a través de un proveedor de financiación alternativo como condición, requisito o prerrequisito para la cobertura de los productos de AbbVie relevantes, o que, de otro modo, niegue, restrinja, elimine, retrase, altere o retenga cualquier beneficio o cobertura de seguro supeditados a la solicitud, o la denegación de elegibilidad para la cobertura de medicamentos especializados recetados a través del programa de financiamiento alternativo no son elegibles para el programa myAbbVie Assist. Usted acepta informar a myAbbVie Assist si es miembro de algún plan de seguro de este tipo o si solicita myAbbVie Assist en nombre de un paciente que es miembro de este tipo de planes de seguro. El programa está sujeto a cambio o cancelación sin previo aviso. Usted no solicitará el reembolso de ningún producto entregado en el marco de este programa. Notificará al programa si su seguro o su situación financiera cambian. Si su representante personal es quien ha completado esta solicitud, le proporcionará a usted una copia de esta solicitud completa.

Si usted es miembro de un plan de Medicare que incluye un plan de medicamentos recetados de Medicare y califica para la asistencia del programa, entonces:

- (i) será elegible para obtener el medicamento por parte del programa por el término de un año calendario;
- (ii) no comprará este medicamento a través de su plan de Medicare mientras esté inscrito en el programa;
- (iii) no presentará reclamos ni procurará créditos de desembolso real (TrOOP) por el medicamento proporcionado durante su participación en el programa;
- (iv) myAbbVie Assist informará a su plan de medicamentos recetados de Medicare, si corresponde, que usted está recibiendo su medicamento sin costo por fuera del beneficio de la Parte D de Medicare.

Si tiene preguntas o si desea actualizar su información o cancelar su inscripción, llame al 1-844-265-8027 o escríbanos a P600 Emerson Road, 3RD Floor, Suite 300, Creve Coeur, MO 63141.

Patient Access Support

Aviso de Privacidad

.....

AbbVie puede recopilar sus datos personales a través de sus interacciones en línea y fuera de línea con nosotros, incluidos sus datos de contacto, de transacciones, financieros, demográficos, de seguros, de geolocalización y relacionados con la salud. También podemos recopilar sus datos de uso en línea automáticamente, a través de cookies y tecnologías similares. Podemos usar esta información para varios propósitos, como para ofrecer y administrar el Programa, incluida la elegibilidad, la administración, la verificación de ingresos, las obligaciones de cumplimiento internas y externas, y para personalizar sus experiencias, así como para la investigación y el análisis de datos a fin de mejorar nuestros servicios y productos. Conservamos sus datos personales durante el tiempo que sea necesario para cumplir con estos fines o para cumplir con nuestras obligaciones de retención de registros. No vendemos sus datos personales, pero sí podemos usar y divulgar sus datos personales con socios de marketing y publicidad para enviarle anuncios basados en sus intereses, según se desprenda de su actividad en otros sitios y servicios no afiliados (“publicidad dirigida en línea”) y para análisis de datos de sitios web. Para cancelar el uso o la divulgación de sus datos personales para publicidad dirigida en línea o para análisis de datos de sitios web, vaya a Sus opciones de consentimiento/retirada voluntaria, website analytics, go to Your Privacy Choices, <https://abbviemetadata.my.site.com/AbbvieDSRM> en nuestro sitio web. Para obtener más información sobre las categorías de datos personales que recopilamos, los fines de su recopilación, las divulgaciones a terceros y la retención de datos, consulte nuestra Política de privacidad en <https://privacy.abbvie/privacy-policies/us-privacy-policy.html>.

Autorizaciones de HIPAA

.....

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA: Autorizo a mis proveedores y personal de atención médica, plan de salud y farmacias (en conjunto, mis “Proveedores de atención médica”) a divulgar información que me identifique individualmente, se refiera a mi salud o mi afección(es), tratamiento y la atención que he recibido, mi cobertura de seguro, mi información de pago y mi historial de medicamentos y recetas (en conjunto, la “Información de salud protegida”) a AbbVie Inc., AbbVie Patient Assistance Fundación y/o a los afiliados, agentes, representantes y proveedores de servicios que ésta designe (en conjunto, “AbbVie”) para que (i) me inscriba, proporcione, opere y administre el programa AbbVie Financial Support Program (el “Programa”); (ii) me brinde información sobre el Programa; y (iii) desarrolle, evalúe y mejore los productos, servicios, materiales y programas relacionados con mi afección o tratamiento. Entiendo que la Información de salud protegida divulgada a AbbVie en virtud de esta Autorización ya no estará protegida por HIPAA y puede estar sujeta a que AbbVie la vuelva a divulgar. Entiendo que no se me obliga a firmar esta Autorización y que mis Proveedores de atención médica no condicionarán de otra manera mi tratamiento, pago, inscripción en el seguro médico o elegibilidad para los beneficios de atención médica a los que tengo derecho si yo decido firmar o no esta Autorización. Sin embargo, entiendo que si no firmo esta Autorización, no puedo participar en el Programa. Entiendo que esta Autorización caducará una vez que deje de participar en el Programa, a menos que la cancele antes.

Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento, realizando una solicitud de derechos de sujeto de datos en https://abbv.force.com/AbbvieDSRM/s/?language=en_US o escribiendo a privacydsr@abbvie.com. Sin embargo, entiendo que si cancelo esta Autorización, con ello se dará de baja mi inscripción en el Programa. Entiendo que la cancelación de esta Autorización no afectará ningún uso o divulgación de mi Información de salud protegida que ya haya tenido lugar, en virtud de esta Autorización.

Por favor, use letra imprenta clara.

↓ PARA QUE COMPLETE EL PACIENTE ↓

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE: Consulte el Aviso de privacidad, en la página 3, para obtener información sobre cómo se recopilarán, utilizarán y divulgarán sus datos personales.

NOMBRE: _____ APELLIDO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ SEXO: MASCULINO FEMENINO SSN (últimos cuatro dígitos SOLAMENTE): ____ | ____ | ____

DIRECCIÓN POSTAL: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓD. POSTAL: _____

DIRECCIÓN DE ENVÍO (no puede ser una casilla postal): _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓD. POSTAL: _____

TELÉFONO: CASA MÓVIL* _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

*OPCIONAL: Para dar su consentimiento para recibir mensajes de texto, consulte el texto sobre consentimiento en la página 3 de la Sección Aviso de privacidad del paciente y Condiciones de consentimiento de este formulario.

2 INFORMACIÓN DEL SEGURO Y FINANCIERA: Se **REQUIERE** una copia del anverso y reverso de **TODAS** las tarjetas de seguro.TIPO DE SEGURO: Sin seguro Medicare Medicaid Seguro privado/comercial (¿Tiene seguro a través de un empleador?: SÍ NO) Otro: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR (si corresponde): _____ COMPAÑÍA DE SEGUROS PARA MEDICAMENTOS RECETADOS: _____

COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO: _____ N.º de id. para recetar: _____ N.º de GRUPO PARA recetas: _____

N.º de ID MÉDICA: _____ N.º DE GRUPO: _____ N.º BIN de Rx: _____ N.º de PCN de Rx: _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA TARJETA: _____ Ingreso total mensual de todos los miembros del hogar: \$ _____

Proporcione su número de identificación de la Parte A de Medicare: _____ Número total de personas en su hogar (incluido usted mismo): _____

¿Su empleador, compañía de seguros u otro tercero le indicó que se inscriba en el programa de asistencia para pacientes de AbbVie? SÍ NO ¿ES USTED VETERANO?: SÍ NO¿TIENE USTED ALGUNA DISCAPACIDAD?: SÍ NO¿TIENE ALGÚN COMPLEMENTO DE MEDICARE?: SÍ NO NO TENGO CERTEZA**3 INFORMACIÓN DE QUIEN EMITE LA RECETA:**

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE: _____

TELÉFONO DEL CONSULTORIO: _____ FAX DEL CONSULTORIO: _____

4 PERMISO ADICIONAL RELACIONADO CON EL PROGRAMA (opcional): Autorizo a AbbVie a hablar con la siguiente persona sobre la presente solicitud: (AbbVie se reserva el derecho de limitar algunas comunicaciones relacionadas con el programa solo al paciente y/o a su representante legal).

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

5 CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE: Revise las Condiciones de participación, el Aviso de privacidad, la Información financiera y las Autorizaciones de HIPAA en las páginas 1 a 3. **OBLIGATORIO – AVISO DE PRIVACIDAD:** Doy mi consentimiento para que AbbVie recopile, use y divulgue mis datos personales de salud como se describe en el Aviso de privacidad anterior y en el Aviso de privacidad de AbbVie en la sección "Cómo podemos divulgar los datos personales", <https://abbvie/PrivacyDiscloseData>. Se requiere mi consentimiento para procesar datos personales confidenciales según ciertas leyes de privacidad, y tengo derecho a revocar mi consentimiento visitando "Sus opciones de consentimiento/retirada voluntaria", <https://abbviemetadata.my.site.com/AbbvieDSRM> en el sitio web de AbbVie. **OBLIGATORIO – CONSENTIMIENTO PARA LA LEY DE INFORME IMPARCIAL DE CRÉDITO:** Comprendo que estoy proporcionando instrucciones por escrito al Programa, en virtud de la Ley de Informe Imparcial de Crédito (FCRA), facultándolo así a obtener información sobre mi perfil crediticio de agencias de informes crediticios u otras fuentes. Autorizo al Programa a obtener dicha información únicamente para determinar la elegibilidad para el PAP.

Mi firma a continuación certifica que he proporcionado información precisa y completa, y que he leído, entendido y estoy de acuerdo con las Condiciones para la participación del paciente, en la página 2.

OBLIGATORIO – FIRMA DEL PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL*: _____ FECHA: ____ / ____ / ____

Mi firma certifica que he leído, entendido y estoy de acuerdo con la divulgación de mi Información de salud protegida de conformidad con la Autorización de HIPAA. Nota: Tiene derecho a recibir una copia de esta Autorización. Puede imprimir una copia o guardar esta Autorización y conservar una copia para sus archivos.

OBLIGATORIO – FIRMA DEL PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL*: _____ FECHA: ____ / ____ / ____

*Solo los representantes con autoridad legal para la toma de decisiones de atención médica pueden presentar una solicitud en nombre de un paciente. Indicar la relación con el paciente junto a la firma, si es que firma en nombre del paciente.

Please print clearly.

↓ FOR HEALTH CARE PROVIDER USE ONLY ↓

Must be completed by a licensed prescriber and faxed directly from a healthcare office.

6 PRESCRIBER INFORMATION:

PRESCRIBER'S NAME:	<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> OTHER:	
NPI #:	SLN:	SLN EXPIRATION DATE: / /
OFFICE CONTACT NAME:	OFFICE PHONE:	OFFICE FAX:
ADDRESS:	CITY:	STATE: ZIP:
<i>(if applicable)</i> COLLABORATING MD NAME:	<i>(if applicable)</i> NPI #:	

7 PATIENT INFORMATION:

PATIENT NAME:	DOB: / /	PHONE:
DRUG ALLERGIES:		
CONCOMITANT MEDICATIONS:		
PATIENT DIAGNOSIS:	DATE OF DIAGNOSIS / /	<input type="checkbox"/> PARKINSON'S DISEASE (G20 IDC 10) <input type="checkbox"/> OTHER (*)
		<small>*include code</small>

8 PRESCRIPTION INFORMATION: PLEASE SUBMIT PRESCRIPTIONS ACCORDING TO YOUR SPECIFIC STATE LAWS, RULES AND REGULATIONS.**DUOPA CASSETTES**

NUMBER OF BOXES (7 CASSETTES PER BOX): _____ DAYS SUPPLY: _____ REFILLS: _____ SIG: _____

DUOPA PUMP (IN STATES NOT PERMITTING DUAL PRESCRIPTIONS, PLEASE FAX A SEPARATE PRESCRIPTION)

NON-PROGRAMMED (DEFAULT SETTINGS) CADD-LEGACY 1400 PORTABLE INFUSION PUMP FOR DUOPA AND PUMP BAG (PUMP TO BE PROGRAMMED BY PRESCRIBER OR AGENT)

PROGRAMMED CADD-LEGACY 1400 PORTABLE INFUSION PUMP FOR DUOPA AND PUMP BAG

FLOW RATES: MORNING DOSE: _____ CONTINUOUS DOSE: _____ LOCK LEVEL: _____

EXTRA DOSE ENABLED? NO YES IF YES,

EXTRA DOSE AMOUNT: _____ EXTRA DOSE LOCKOUT TIME: _____ SIG: USE TO INFUSE DUOPA CASSETTES

SUPPLIES (IN STATES NOT PERMITTING DUAL PRESCRIPTIONS, PLEASE FAX A SEPARATE PRESCRIPTION)

<input type="checkbox"/> BOSTON WW ADAPTER	QTY: _____	REFILLS: _____	SIG: USE TO INFUSE DUOPA AS DIRECTED
<input type="checkbox"/> BOSTON LUER LOCK CAP	QTY: _____	REFILLS: _____	SIG: USE TO INFUSE DUOPA AS DIRECTED
<input type="checkbox"/> 10 ML MALE LUER LOCK SYRINGE	QTY: _____	REFILLS: _____	SIG: USE TO INFUSE DUOPA AS DIRECTED
<input type="checkbox"/> AA BATTERIES	QTY: _____	REFILLS: _____	SIG: USE TO INFUSE DUOPA AS DIRECTED

Special Note: New York Prescribers please submit prescription on an original NY State prescription blank, for all other States, if not faxed, must be on State specific blank if applicable for your State**9 PRESCRIBER CERTIFICATION: See Program Terms of Participation on page 2.** **SUBSTITUTION PERMITTED** **DISPENSE AS WRITTEN**

I understand that this prescription may be transmitted to an AbbVie-authorized pharmacy for patient enrollment in an AbbVie sponsored program for free product. I certify that the above therapy is medically necessary and that the information provided is accurate to the best of my knowledge. I shall not seek reimbursement for any medication dispensed hereunder from any government program or third party, including patient, nor will I sell, trade or distribute any such medication.

myAbbVie Assist Program: myAbbVie Assist reserves the right to request additional information if needed and to change or discontinue the program at any time, without notice. I also understand that the applicant's acceptance into the program should not influence treatment decisions.

By signing this form, I authorize the program and its representatives to transmit this prescription form electronically, by facsimile, or by mail to a pharmacy designated by the program for the dispensing of the medication called for herein. I understand that I may not delegate signature authority.

PRESCRIBER'S SIGNATURE (REQUIRED):	DATE: / /
RUBBER STAMPS, SIGNATURE BY OTHER OFFICE PERSONNEL OR COMPUTER-GENERATED IMAGES ARE NOT ALLOWED	

IMPORTANT INFORMATION: AbbVie may collect your personal data about you through your online and offline interactions with us, including your contact, transaction, financial account, demographic, geolocation, payment, and professional data. We may also collect your online usage data automatically through cookies and similar technologies. We use this data for several purposes, such as to comply with our legal obligations, to perform a contract with you, and to provide and improve our services and products and to customize your experiences. We retain your personal data only for as long as necessary to fulfill these purposes or to comply with our record retention obligations. We do not sell your personal data, but we may use and disclose it to marketing and advertising third party partners to deliver you ads based on your interests inferred from your activity across other unaffiliated sites and services ("online targeted advertising") and for website analytics. To opt out of the use or disclosure of your personal data for online targeted advertising or for website analytics, go to your Privacy Choices <https://abbviemetadata.my.site.com/AbbVieDSRM> on our website. For more information on the data categories we collect, the purposes for their collection, our disclosures to third parties, your data subject rights, and our data retention criteria, visit our Privacy Policy <https://privacy.abbvie/>.