

Gracias por descargar este documento de asistencia de medicamentos recetados de NeedyMeds. Esperamos que este programa le ayude a obtener el medicamento que necesita.

RECUERDE — Envíe su solicitud completa a la dirección en el formulario, NO a NeedyMeds.

¿Sabías que NeedyMeds tiene miles de otros recursos gratuitos?

Aquí hay un vistazo a más formas en que podemos ayudarlo a ahorrar dinero en costos de medicamentos y atención médica. Cada uno se puede encontrar en la pestaña “Ahorros al Paciente” en nuestro sitio web:

- **Asistencia Basada en Diagnóstico** – NeedyMeds enumera miles de programas de asistencia para casi cualquier problema de salud. Si usted está pasando por el tratamiento de quimioterapia para el cáncer, hay programas que pueden ayudar con los costos de la peluca y los productos de enfriamiento del cuero cabelludo. También enumeramos recursos para pruebas de diabetes gratuitas, apoyo de alojamiento para cuidadores y mucho más.
- **Clínicas Gratuitas/Bajo Costo/Escala Móvil** — Esta popular colección contiene información sobre 18.000 clínicas médicas, dentales, de salud mental y de abuso de sustancias gratuitas, de bajo costo y de escala móvil en los Estados Unidos. Es un gran recurso si necesita un tratamiento médico asequible y no sabe a dónde ir.
- **Cupones, Reembolsos y Más** – Puede usar el sitio web de NeedyMeds para encontrar más de 2,600 oportunidades de ahorro de costos para medicamentos recetados y de venta libre y suministros médicos.
- **Transporte Médico** – ¿Necesita ayuda para llegar al consultorio del médico o al centro médico? Puede ser elegible para recibir asistencia financiera si cumple con ciertos requisitos.

NeedyMeds también ofrece información sobre campamentos y retiros basados en diagnósticos, programas recreativos, becas, programas gubernamentales, programas de medicamentos genéricos de \$4 y más.

Por último, quiero hablarles sobre la Tarjeta de Descuento de Medicamentos de NeedyMeds. Miles de personas utilizan esta herramienta gratuita, anónima y fácil de usar para obtener el mejor precio en sus medicamentos. Utilice la tarjeta para obtener descuentos en pruebas de laboratorio y también para ahorrar un 40% en equipos médicos duraderos. Hasta la fecha, nuestra tarjeta de descuento en medicamentos les ha ahorrado a pacientes más de \$300,000,000. Consulte la siguiente página para obtener más información.

No dude en llamar a nuestra línea de ayuda gratuita si tiene alguna pregunta. Puede comunicarse con nosotros al 1-800-503-6897 de Lunes-Viernes, de 9am-5pm Hora Este.

Gracias por usar NeedyMeds. Háganos saber si podemos hacer algo más para ayudarlo a pagar los costos de su atención médica.



Rich Sagall, MD
President, NeedyMeds

Corte la tarjeta y ahorre



TARJETA DE DESCUENTO DE MEDICAMENTOS

BIN: 020750
RX PCN: NMeds
RX GRP: PDFPDF
ID: NMNA019309901930

Atención al Cliente
1-888-602-2978

Este es un programa de descuento de medicamentos, no un plan de seguros.

Tarjeta de Descuento de Medicamentos NeedyMeds
www.needymeds.org

Paciente: Puede usar esta tarjeta en cualquier de las más de 65,000 farmacias participantes para ahorrar en todos los medicamentos recetados. No puede usar esta tarjeta con Medicare incluyendo la parte D, Medicaid o cualquier otro programa estatal o federal, a menos que decidas no usar su programa patrocinado por el gobierno. Además, no puede utilizar esta tarjeta con ningún programa de seguro médico, pero puede utilizarla en lugar de su seguro si la tarjeta ofrece un mejor precio. Para preguntas, llame al 1-888-602-2978 o visite www.drugdiscountcardinfo.com.

Farmacéutico: Administrado por la Compañía Medica Sercurity, LLC, Tucson, AZ.



Línea de Ayuda de Farmacia: 1-800-404-1031.

- Ahorre hasta un 80% en medicamentos*
- Use en más de 65,000 farmacias a escala nacional, incluso todas las cadenas principales
- Comparta la tarjeta con amigos y familia
- Use la tarjeta tan a menudo como sea necesario
- Gratis, sin cargos ni registro
- Nunca expira

¿Qué recibirá un descuento?

Todos los medicamentos recetados son elegibles para ahorros, incluyendo medicamentos de venta libre y suministros médicos escritos como receta médica, así como medicamentos para mascotas que son equivalentes a las humanas, con receta por un veterinario.

También puede ahorrar hasta un 40% de descuento en equipos médicos duraderos, incluyendo los bastones, muletas, férulas, suministros de incontinencia y más. También puede ahorrar en suministros para diabéticos como medidor es de glucosa, tiras reactivas, lancetas y zapatos para diabéticos.

Visite www.needymeds.org/dme para obtener más información.

¿Qué pasa si tengo seguro?

Cualquiera puede usar la tarjeta, pero no se puede combinar con un seguro estatal o federal.

Puede utilizar la tarjeta en lugar del seguro si:

- Un medicamento no está cubierto por su seguro
- Su seguro no tiene cobertura de medicamentos
- Tienes un deducible de medicina alta
- Ha cumplido con el límite bajo en medicamentos
- La tarjeta ofrece un mejor precio que su copago
- Usted está en la brecha de cobertura de la Parte D de Medicare

Para obtener una tarjeta de descuento de medicamentos plástica, envíe un sobre auto dirigido y con sello a:

NeedyMeds Drug Discount Card
50 Whittemore St.
Gloucester, MA 01930

La tarjeta no es válida en combinación con planes de seguro, incluyendo Medicare, Medicaid o cualquier seguro de prescripción estatal o federal. La tarjeta se puede utilizar solo si decide no usar su plan de medicamentos patrocinado por el gobierno para su compras.

*Ahorro promedio de 60%, con ahorros potenciales de hasta el 80% o más (basados en datos nacionales de ahorro de 2018). Todos los medicamentos recetados son elegibles para ahorros.

Este es un programa de descuento de medicamentos, no un plan de seguro. Los descuentos están disponibles exclusivamente a través de las farmacias participantes. La gama de descuentos variará dependiendo del tipo de receta y la farmacia elegida. Este programa no realiza pagos directamente a las farmacias. Los usuarios están obligados a pagar por todas las compras con receta. No se puede utilizar junto con el seguro. Puede llamar al 1-888-602-2978 con preguntas o inquietudes, o para obtener más información.

LILLY CARES® FOUNDATION Solicitud al Programa de Asistencia al Paciente

La fundación Lilly Cares Foundation, Inc. ("Lilly Cares") es una organización sin fines de lucro que ofrece un programa de asistencia al paciente (el "Programa") para ayudar a los pacientes que califiquen a obtener determinados medicamentos de Eli Lilly and Company ("Lilly") sin costo alguno. Esta Solicitud es para los pacientes que deseen postular para recibir los medicamentos disponibles sin costo alguno a través del Programa.

Completa la solicitud y envíala por fax o correo, o puedes optar por hacer la solicitud en línea en www.lillycares.com.

¿Qué medicamentos provee el Programa de Lilly Cares?

Medicamentos del grupo 1	Medicamentos del grupo 2	Medicamentos del grupo 3
Cialis® (tadalafilo), tabletas Cymbalta® (cápsulas de liberación demorada de duloxetine) Evista® (clorhidrato de raloxifeno), tableta Forteo® (inyección de teriparatida) Prozac® (cápsulas de fluoxetina) Strattera® (atomoxetina), cápsulas Symbyax® (olanzapina y fluoxetina), cápsulas Zyprexa® (olanzapina)	Baqsimi® (glucagón), polvo nasal Basaglar® (inyección de insulina glargina) Emgality® (galcanezumab-gnlm), inyección Glucagon™ (glucagón para inyección) Humalog® (inyección de insulina lispro) Humulin® (insulina humana) Lyumjev™ (insulina lispro-aabc), inyección Reyvow® (lasmiditan) Trulicity® (dulaglutida), inyección	Humatrope® (somatotropina) para inyección Olumiant® (baricitinib), tabletas Taltz® (ixekizumab), inyección

Los pacientes pueden enviar una solicitud a Lilly Cares para recibir los medicamentos oncológicos recetados de Lilly luego de completar un formulario de solicitud que se puede imprimir o rellenar en línea a través de la página web www.lillycares.com. Los pacientes también pueden llamar al 1-800-545-6962 para pedir una solicitud.

¿Quién califica para el Programa de Lilly Cares?

Para calificar, debes cumplir con los requisitos que se enumeran a continuación:

- Ser residente legal y permanente de Estados Unidos, Puerto Rico o las Islas Vírgenes de EE. UU.
- Tu proveedor de atención médica te recetó un medicamento de Lilly mencionado anteriormente.
- **No** tienes seguro o tiene la Parte D de Medicare.
- 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)
- Tu ingreso familiar anual es inferior al límite anual del ingreso bruto ajustado que se indica a continuación:

Límite anual del ingreso bruto ajustado

Según las pautas del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) del 2022. Consulta www.aspe.hhs.gov/poverty para obtener más información.

Cantidad total de personas en tu hogar (incluido tú)	Medicamentos del grupo 1 (en el FPL igual o inferior al 300 %)	Medicamentos del grupo 2 (en el FPL igual o inferior al 400 %)	Medicamentos del grupo 3 (en el FPL igual o inferior al 500 %)
1	\$40,770	\$54,360	\$67,950
2	\$54,930	\$73,240	\$91,550
3	\$69,090	\$92,120	\$115,150
4	\$83,250	\$111,000	\$138,750

*Si vives en Alaska, Hawái, o más de cuatro personas viven en tu hogar, llámanos al 1-800-545-6962 para conocer los límites de ingreso bruto ajustado.

¿Cómo puedo aplicar al Programa?

1. **Completa** la Sección del paciente (páginas de 2 a 4) y **firma** la Certificación del paciente en la página 4.
2. **Solicita** a tu proveedor de atención médica que **complete** la Sección del prescriptor o proveedor de atención médica (página 5), que **firmé** la receta médica (página 5) y las Confirmaciones y los acuerdos de prescriptor o proveedor de atención médica (página 6), y que envíe el formulario de vuelta.
3. **Envía por fax** o **por correo** la solicitud completa y firmada a Lilly Cares al número 1-844-431-6650 o a la dirección PO Box 13185, la Jolla, CA 92039:

Después de que revisemos tu solicitud, se te enviará una carta a ti y a tu profesional de la salud en la que se notificará la decisión de inscripción.

SECCIÓN DEL PACIENTE

Información del paciente (obligatorio) Por favor escribe en letra imprenta					
Nombre del paciente: (Apellido)		(Nombre):		(Inicial del segundo nombre)	
Fecha de nacimiento: (Mes/Día/Año)					
Dirección:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
¿Dónde deseas recibir tu medicamento? ¹ <input type="checkbox"/> En mi hogar <input type="checkbox"/> En el consultorio de mi proveedor de atención médica					
¹Pídele a tu proveedor de atención médica que confirme la ubicación de la entrega.					
Teléfono preferido ² : () -					
² Al proporcionar mi número de teléfono y firmar este formulario, acepto recibir notificaciones automáticas por teléfono o mensaje de texto de Lilly Cares, que pueden incluir actualizaciones sobre el estado de mi inscripción o los envíos de medicamentos. Entiendo que no estoy obligado a proporcionar mi número de teléfono para postularme a Lilly Cares. Se pueden aplicar tarifas por mensajería y datos. Entiendo que puedo cancelar mi inscripción llamando al 1-800-545-6962.					
<ul style="list-style-type: none">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 [OBLIGATORIO]	
Número de personas que viven en tu hogar (incluidos tú y todos los miembros de tu familia):	Ingreso familiar anual antes de impuestos (incluidos sueldos, pagos del Seguro Social, beneficios por discapacidad o desempleo, pensiones y cualquier otro ingreso tuyo y de los miembros de su hogar)*:

* Cuando se procese tu solicitud, Lilly Cares puede comunicarse contigo y solicitarte que proporciones documentación que demuestre tus ingresos.

Información del seguro [OBLIGATORIO]		
¿Tienes seguro? (Marca todas las opciones que correspondan)		
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Parte D de Medicare	<input type="checkbox"/> Medicaid
<input type="checkbox"/> VA o militar	<input type="checkbox"/> Seguro comercial (excepto la Parte D de Medicare)**	<input type="checkbox"/> Otro _____
** Por ejemplo, plan patrocinado por un empleador, plan Health Insurance Marketplace		

✓ ✓ **TEN EN CUENTA LO SIGUIENTE: Si no se firma la página 5 de este formulario y se proporciona TODA la información requerida anteriormente, se retrasará el procesamiento de la solicitud.**

Autorización del Paciente para Recargas Automáticas de Recetas Médicas (en adelante, "Recarga Automática") [Opcional]

Si tu receta médica permite recargas, Lilly Cares dispensará automáticamente tus medicinas cuando sea la fecha indicada. Si proporcionaste tu número de teléfono celular, te enviaremos un mensaje de texto para notificarte cuando se envíe el medicamento. Cuando ya no te queden recargas, nos comunicaremos con tu proveedor de atención médica para renovar la receta médica antes de la próxima fecha de vencimiento de la recarga. Las recargas automáticas se detendrán al final del período de inscripción del programa o cuando tu receta ya no tenga más renovaciones. Puedes elegir no recibir recargas automáticas llamando a Lilly Cares al 1-800-545-6962.

- Sí, recargar automáticamente mi medicamento cuando llegue el momento de recargarlo
- No recargar automáticamente mi medicamento. Llamaré a Lilly Cares cuando llegue el momento de recargarlo

Autorización para hablar con un Representante Autorizado (opcional)

Puedes 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 de Lilly Cares.

Estas personas pueden proveer o recibir tu información personal según sea necesario hasta que tú les revoques la autoridad. La autoridad de dichas personas terminará cuando tu período de inscripción finalice.

Al proveer 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.

1. Nombre del Representante Autorizado en letra imprenta

2. Nombre del Representante Autorizado en letra imprenta

Tienes la facultad de modificar o retirar a los Representantes Autorizados de su función en cualquier momento. Para ello, llama a Lilly Cares al número 1-800-545-6962.

Aviso de privacidad:

Es posible que utilicemos y guardemos 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.

Es posible que proporcionemos información personal sobre ti a Lilly y sus afiliados en todo el mundo (que pueden estar trabajando en la administración de Lilly Cares). Estos afiliados pueden, a su vez, transmitir información personal sobre ti a otros afiliados de Lilly. Es posible que algunos de los afiliados de Lilly se encuentren ubicados en países que no garantizan el mismo nivel de protección de datos. Sin embargo, todos los afiliados de Lilly están obligados a tratar la información personal de manera consistente 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 <https://www.lilly.com/privacy>.

Proporcionamos garantías físicas, electrónicas y de procedimientos razonables para proteger la información con la que trabajamos y la 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 puede prevenir todas las posibles violaciones de la seguridad. No vendemos información personal.

Tras la verificación, tienes derecho a solicitar información de nosotros 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.

Podría haber excepciones que se apliquen a tu solicitud.

En circunstancias limitadas, usted podría tener el derecho de transmitir tu información a otra entidad o persona en un formato legible por máquina. No te discriminarán por ejercer cualquiera 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:
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).

CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE (ACUERDO)

Entiendo que:

- Lilly Cares decidirá si califico para el Programa. Entiendo que es posible que mi solicitud no se apruebe.
- Lilly Cares puede 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 las medicinas 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) que:

- Soy residente legal y permanente de Estados Unidos, Puerto Rico o las Islas Vírgenes de EE. UU.
- Mi solicitud es completa y 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, puede 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 en conjunto con mi solicitud. Lilly Cares puede 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 para 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. Puedo llamar a Lilly Cares al número 1-800-545-6962 para obtener esta información. Entiendo que Lilly Cares puede solicitar pruebas de mi ingreso anual como requisito de inscripción en 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 de 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.

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 envía esta solicitud para saber si califico para recibir asistencia con mis medicinas de Lilly a través de Lilly Cares. Entiendo que antes de que Lilly Cares pueda ayudarme, es posible que Lilly Cares necesite 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 protegida (PHI), a compartir mi información con Lilly Cares, Lilly y sus afiliados, empleados, agentes, proveedores y socios comerciales que puedan estar trabajando en la administración de Lilly Cares (en adelante, "Entidades Receptoras"), incluida la información médica. Asimismo, autorizo a las Entidades Receptoras a compartir, utilizar y divulgar mi información para los fines operacionales del programa.

Las Entidades Receptoras pueden recibir, compartir y utilizar la siguiente información:

- Información contenida en la presente solicitud.
- Información acerca de tus afecciones médicas, tratamiento, medicamentos actuales y futuros, e información de seguro.
- Otra información que las Entidades Receptoras obtengan para fines operacionales de Lilly Cares.
- Las Entidades Receptoras pueden compartir tu información con tus proveedores de atención médica y personal farmacéutico.
- Los proveedores de atención médica y el personal farmacéutico pueden compartir tu información con las Entidades Receptoras.

Las Entidades Receptoras pueden compartir tu información para cumplir con los siguientes propósitos:

- Para revisar tu solicitud a fin de determinar tu elegibilidad y comunicarse contigo o tu proveedor de atención médica, 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 proveedores de atención médica relacionados con tu participación en Lilly Cares, lo que incluye información personal e información sobre tus medicamentos recetados.
- Para realizar un seguimiento del uso de los medicamentos.
- Para medir el rendimiento del programa y realizar mejoras en el mismo.
- Solo pedimos y compartimos la Información Médica Protegida que necesitamos para los fines operativos del programa. No solicitamos ninguna Información Médica Protegida que no necesitemos, pero es posible que recibamos una parte de ella 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 ella.

Al firmar 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 vuelva 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 información médica protegida 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 Lilly Cares. Mis proveedores de atención médica 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 Lilly Cares finalizará y, después de que finalice mi participación, las Entidades Receptoras solo mantendrán y utilizarán mi información con fines legales y regulatorios.
- Recibí una copia de esta autorización.

Firma del Paciente o Tutor Legal: _____ Fecha: _____

(SE REQUIERE LA FIRMA)

Nombre del Paciente en Letra Imprenta: _____

Si no firmas este formulario, el envío se considerará incompleto, lo que retrasará los servicios solicitados.

SECCIÓN DEL PRESCRIPTOR O PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Información del paciente (todos los campos son obligatorios):

Nota: Si se aprueba la solicitud del paciente, el medicamento se entregará en la ubicación seleccionada por el paciente en la sección del paciente de esta solicitud (página 2). Coordina con tu paciente para asegurarte de que la ubicación de entrega sea correcta.

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:	
Dirección:		Teléfono:	
Ciudad:		Estado:	Código postal:
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.

Medicamento:		Concentración:		Fecha de hoy:	
Indicaciones (en letra imprenta):					
Cantidad que se debe dispensar:	<input type="checkbox"/> 4 meses (máximo)	<input type="checkbox"/> 3 meses	<input type="checkbox"/> 2 meses	<input type="checkbox"/> 1 mes	
N.º de recargas:	(hasta un año de tratamiento)		Dosis diaria máxima:		

Si se receta insulina, confirma la formulación (obligatorio):

- Vial (no disponible para Basaglar®, Humalog® U-200 o Lyumjev™ U-200)
- KwikPen® (no disponible para Humulin® R 100 unidades/ml)
- Cartucho (solo disponible para Humalog® 100 unidades/ml)

Tu estado puede exigir que las recetas sigan ciertos requisitos de contenido o que utilicen un formulario específico. 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.

Firma del prescriptor: _____ *Dispensar según lo escrito* _____ *Sustitución o cambio de marca permitido*

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 proveedor de atención médica (todos los campos son obligatorios):

Nombre y título del prescriptor en letra imprenta:		N.º de DEA (según lo requerido):	
N.º de licencia estatal y estado:		N.º de NPI:	
Teléfono:		Fax:	
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Nombre de contacto de la oficina:		Teléfono de contacto de la oficina:	

Confirmaciones y acuerdos del prescriptor o proveedor de atención médica:

Al firmar a continuación, yo (en adelante, el "Prescriptor") certifico las siguientes declaraciones:

- Le receté el medicamento antes mencionado (en adelante, el "Medicamento") al paciente que aparece en este formulario (en adelante, el "Paciente") sobre la base de mi juicio clínico independiente de que el tratamiento con este Medicamento para el Paciente sea médicamente necesario.
- Entiendo que Lilly Cares solo proporcionará el Medicamento (cuando se solicite o requiera para el Paciente y de acuerdo con sus necesidades) en la medida en que sea coherente con sus propósitos de exención de impuestos, calificado de conformidad con la sección 170(e)(3) del Código de Ingresos Internos, y autorizado por las políticas de Lilly Cares, que puede incluir proporcionar la Medicina al Prescriptor con el único propósito de cuidar a los enfermos, necesitados, indigentes o bebés en Estados Unidos (incluidos Puerto Rico y las Islas Vírgenes de EE. UU.). Si el medicamento se envía a mi consultorio, aceptaré el medicamento de Lilly Cares y se lo entregaré *solamente* al Paciente cuyo nombre aparece en este formulario. Proporcionaré este Medicamento sin cargo alguno. No utilizaré el Medicamento con ningún otro propósito. Este Medicamento no se ofrecerá para su venta, intercambio o comercio; no se devolverá para obtener un crédito; no se solicitará el reembolso ni se harán reclamaciones por el Medicamento a terceros, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid o cualquier otro proveedor de beneficios.
- Entiendo que las comunicaciones por fax enviadas a un solo número pueden dividirse a varias Entidades Receptoras para fines operacionales del Programa.
- 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.
- Le notificaré a Lilly Cares con 90 días de anticipación si necesito ceder este acuerdo, de forma total o parcial, a otro Prescriptor.
- Soy un prescriptor autorizado y cumpliré y respetaré las leyes de dispensación aplicables al estado en el que estoy prescribiendo, recibiendo, almacenando y distribuyendo el Medicamento. Asimismo, cumpliré con las leyes aplicables pertinentes a la eliminación del Medicamento sin utilizar, y desearé el Medicamento adecuadamente.
- Entiendo que Lilly Cares tiene derecho a revisar o finalizar el Programa en cualquier momento.
- A mi leal saber y entender, la información que proporcioné es precisa.

Mi firma a continuación confirma que entiendo y acepto los requisitos del programa mencionados anteriormente.

Firma del prescriptor: _____ Fecha: _____

Nombre del prescriptor: _____
Por favor escribe el nombre en letra imprenta

Nombre del solicitante de Lilly Cares: _____ Fecha de nacimiento: (Mes/Día/Año) _____
Por favor escribe el nombre en letra imprenta

Si no firmas este formulario, el envío se considerará incompleto, lo que retrasará los servicios solicitados.