



Paquete de inscripción y receta de Adbry™ Advocate™



Adbry™
(tralokinumab-ldrm)
Injection 150 mg/mL

Adbry™ advocate™



Adbry™
(tralokinumab-ldrm)
Injection 150 mg/mL

Adbry™ advocate™

Programa Adbry™ Advocate™:

1-844-MYADBRY (1-844-692-3279) de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este, excepto los feriados

Estamos aquí para apoyarlo, ¡a su manera!

Al inscribirse en el Programa Adbry™ Advocate™, se comunicará con un defensor del personal de enfermería especializada que puede ayudarlo con lo siguiente:



Comprender cómo funciona la cobertura de su seguro



Opciones para ahorrar en su receta de inyecciones de Adbry™ (tralokinumab-ldrm)



Capacitación complementaria sobre la colocación de inyecciones para ayudar a garantizar que se sienta seguro al inyectar Adbry



Comunicaciones y apoyo educativo con la frecuencia y en el formato que más le convenga

Esto es lo que sucederá a continuación:

1

Recibirá una llamada o un mensaje de texto de su defensor del personal de enfermería dentro de los próximos 1 a 2 días hábiles. Su defensor del personal de enfermería se comunicará con usted desde el número **1-844-692-3279**, aunque en algunas áreas este número puede aparecer como oculto. Le recomendamos que agende nuestro número en sus contactos, ya que es importante que responda para obtener más información sobre su cobertura y las posibles oportunidades de ahorro para Adbry.

2

Consulte a su médico si su receta de Adbry se ha enviado a una farmacia especializada de la red que colaborará con una investigación de beneficios y autorización previa, si es necesario. De ser así, anote cuál, ya que recibirá una llamada.

Nombre de la farmacia especializada: _____ **Número de teléfono:** _____



Formulario de inscripción y receta

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR LA SOLICITUD: Complete todo este formulario y envíelo por fax al 1-855-423-0011



Antes de que el Programa Adbry™ Advocate™ (el Programa) pueda comenzar a brindarles apoyo a los pacientes elegibles, se requiere la información completa del paciente, del médico prescriptor y la clínica, así como también los consentimientos del paciente/representante del paciente y del médico prescriptor. Los pacientes que se inscriban en el Programa deben tener, al menos, 18 años de edad.

Ya he enviado una receta para Adbry a una farmacia especializada (specialty pharmacy, SP) contratada que brindará apoyo para la investigación de beneficios y la autorización previa (si es necesario).

Nombre de la SP contratada _____ Teléfono _____ Fax _____

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SEGURO (OBLIGATORIA) Debe ser completado por el paciente o el representante del paciente

Nombre (nombre, dos primeras letras del segundo nombre, apellido) _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____ Sexo M F
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Número de teléfono celular _____ Número de teléfono alternativo _____ Dirección de correo electrónico _____
Preferencia de comunicación Llamada Correo electrónico Mensaje de texto Idioma de preferencia Inglés Español Otro _____
Mejor horario para llamar Mañana Tarde Noche Permiso para dejar un correo de voz Sí No
Información del seguro Asegurado (incluir información a continuación o adjuntar una copia de la tarjeta del seguro) No asegurado
Seguro para recetas _____ Seguro médico _____
Nombre del titular de la póliza _____ Nombre del titular de la póliza _____
N.º de ID de la receta _____ N.º de BIN de la receta _____ N.º de identificación del seguro médico _____
N.º de PCN de la receta _____ N.º de grupo _____ N.º de grupo _____

Programa de copago de Adbry™: He leído y aceptado los Términos y condiciones del Programa de copago de la página 5

He leído y aceptado recibir llamadas y mensajes de texto relacionados con el programa según se establece en el Consentimiento en virtud de la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (Telephone Consumer Protection Act, TCPA) que figura en la página 6

Programa de asistencia al paciente de Adbry™: He leído y aceptado la Autorización en virtud de la Ley de Informe Justo de Crédito (Fair Credit Reporting Act, FCRA) que figura en la página 6

2 INFORMACIÓN CLÍNICA DEL MÉDICO PRESCRIPTOR Y DEL PACIENTE (OBLIGATORIA)

Nombre del médico prescriptor (nombre, apellido) _____ N.º de identificación de proveedor nacional _____ Número de licencia estatal _____
Nombre del consultorio _____ Nombre de contacto del consultorio _____ Número de teléfono de contacto del consultorio _____
Dirección del consultorio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Número de fax del consultorio _____ Dirección de correo electrónico del contacto del consultorio _____
Diagnóstico del paciente Dermatitis atópica, no especificada (L20.9) Otro código ICD-10 _____ Fecha de diagnóstico _____
Los códigos proporcionados son únicamente con fines informativos y están sujetos a cambios. Es responsabilidad de cada proveedor ejercer su criterio clínico independiente en la selección de códigos y presentar reclamaciones que reflejen con precisión el diagnóstico de cada paciente. Es posible que los códigos proporcionados no se apliquen a todos los pacientes o planes de salud.
Terapias previas _____
Terapias actuales _____ Alergias del paciente Sí No Si la respuesta es sí, especifique _____
El paciente ya ha iniciado la terapia con Adbry a través de muestras Fecha de administración de las muestras _____
Solicito que el Programa imparta la capacitación sobre la colocación de inyecciones para este paciente Lugar de la capacitación En el hogar Virtual

3 RECETA DEL PROGRAMA ADBRY™ ADVOCATE™* (SECCIÓN OPCIONAL: se debe completar para recibir el producto del programa a través de PharmaCord Pharmacy)

Adbry™ (tralokinumab-ldrm) en inyección (150 mg/ml)

El Programa Adbry™ Rapid Access™ les proporciona a los pacientes elegibles con un seguro comercial una dosis inicial gratuita que se les entregará en tan solo 48 horas. Consulte los Términos y condiciones del programa que figuran en la página 6.

Adbry™ Rapid Access™: 600 mg, de acuerdo con la receta: 4 inyecciones subcutáneas (150 mg/ml) el día 1

Cantidad: 4 jeringas precargadas Reposiciones: 0 Envío al Médico prescriptor Paciente

Certifico que la terapia anterior es médicamente necesaria y que esta información está completa y es precisa a mi leal saber y entender. Certifico que soy el médico que le recetó Adbry al paciente previamente identificado para una indicación aprobada por la FDA. He revisado la Ficha técnica completa actual de Adbry. Autorizo al Programa Adbry™ Advocate™ a reenviar esta receta a la farmacia que despacha Adbry al paciente identificado anteriormente en virtud del Programa Adbry™ Rapid Access™ o el Programa Adbry™ Bridge Care™.

Autorizo 1 o más meses de envíos temporales de Adbry durante una demora en la determinación de beneficios o durante el proceso de apelación después de una demora inicial en la cobertura de Adbry para mi paciente con seguro comercial identificado anteriormente. Acepto colaborar con los esfuerzos para garantizar que mi paciente con seguro comercial tenga acceso a Adbry. No intentaré solicitar un reembolso de ningún producto gratuito entregado en virtud del Programa Adbry™ Advocate™ y no venderé, comercializaré ni distribuiré para la venta ningún producto gratuito entregado. Además, entiendo que ningún producto gratuito entregado está supeditado a ninguna obligación de compra.

Nombre del médico colaborador (si corresponde) _____ N.º de identificación de proveedor nacional _____

FIRMAR

Firma del médico prescriptor (dispensar la marca recetada) _____ Fecha _____

FIRMAR

Firma del médico prescriptor (se permite la sustitución) _____ Fecha _____

Se requiere la firma original. Si la ley aplicable lo exige, adjunte copias de todas las recetas en formularios de recetas estatales oficiales.

4 RECETA DE LA FARMACIA ESPECIALIZADA DE LA RED

Adbry™ (tralokinumab-ldrm) en inyección (150 mg/ml)

Dosis inicial: 600 mg, de acuerdo con la receta: 4 inyecciones subcutáneas (150 mg/ml) el día 1

Envío al Médico prescriptor Paciente Cantidad: 4 jeringas precargadas Reposiciones: 0

Dosis de mantenimiento: 300 mg, de acuerdo con la receta: 2 inyecciones subcutáneas (150 mg/ml) cada dos semanas a partir del día 15

Envío al Médico prescriptor Paciente Cantidad: _____ Reposiciones: _____

Certifico que esta terapia es médicamente necesaria y que esta información está completa y es precisa a mi leal saber y entender. Certifico que soy el médico que le recetó Adbry al paciente previamente identificado para una indicación aprobada por la FDA. He revisado la ficha técnica completa actual de Adbry. Con el fin de transmitir estas recetas, autorizo a LEO Pharma, Inc. y sus filiales, socios comerciales y agentes a que las reenvíen como mi agente para estos fines limitados, por vía electrónica, por fax o por correo a las farmacias despachadoras correspondientes.

Nombre del médico colaborador (si corresponde) _____ N.º de identificación de proveedor nacional _____

FIRMAR

Firma del médico prescriptor (dispensar cual lo escrito) _____ Fecha _____

FIRMAR

Firma del médico prescriptor (se permite la sustitución) _____ Fecha _____

Se requiere la firma original. Si la ley aplicable lo exige, adjunte copias de todas las recetas en formularios de recetas estatales oficiales.

Autorización del paciente

Lea atentamente lo siguiente, luego firme y feche donde se indica a continuación.

Por la presente autorizo a mis proveedores de atención médica, farmacias y aseguradoras de salud, y sus proveedores de servicios ("Proveedores") a usar, divulgar o revelar información relacionada con mis beneficios de seguro, afección médica, tratamiento, y detalles de la receta ("Información personal") a LEO Pharma, Inc., sus filiales, socios comerciales, agentes, y proveedores de servicios, incluidos los proveedores de servicios del programa de apoyo al paciente (en conjunto, "LEO Pharma") para recibir o ser elegible para recibir los siguientes servicios de LEO Pharma (los "Servicios"):

- Asistencia para coordinar la cobertura del seguro, el acceso o la recepción de mi medicamento recetado por parte de LEO Pharma o la capacitación sobre el uso adecuado y seguro del medicamento recetado por parte de LEO Pharma
- Comunicaciones por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico sobre posibles accesos, ahorros y servicios de apoyo, incluidos, por ejemplo, programas de asistencia al paciente o de copago de LEO Pharma y, si me inscribo, asistencia para administrar mi participación en esos programas
- Comunicaciones por teléfono, texto o correo electrónico sobre mi medicamento recetado de LEO Pharma y el tratamiento, que incluyen, por ejemplo, recordatorios, consejos de salud y estilo de vida, producto e información relacionada con el programa. Las comunicaciones pueden personalizarse en función de la Información personal obtenida de mis Proveedores
- Participación en actividades de aseguramiento de la calidad, como encuestas y sugerencias relacionadas con los Servicios o mi tratamiento

Al prestar los Servicios, LEO Pharma puede revelar o divulgar mi Información personal (incluida la información médica personal expuesta en ella) a mis Proveedores y ciertos programas de asistencia financiera que pueden ayudar con los pagos de mis medicamentos recetados. Comprendo y reconozco que LEO Pharma y los Proveedores pueden combinar mis registros e información con la información y los datos recopilados de otras fuentes y usar esa información combinada para administrar los Servicios enumerados anteriormente. Comprendo y reconozco que LEO Pharma puede tener la obligación de compartir mis registros e información con las autoridades policiales y judiciales u otros funcionarios del gobierno, o cuando lo exijan las leyes, estatutos, reglamentaciones o una orden judicial o administrativa. Comprendo y reconozco que mis proveedores pueden recibir un pago de LEO Pharma por brindar ciertos aspectos de los Servicios, como recordatorios de medicamentos o reposiciones, en función de mi inscripción o participación.

Comprendo y reconozco que mis registros médicos pueden contener información sobre trastornos psiquiátricos, resultados de pruebas de detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), afecciones relacionadas con el sida, alcoholismo, drogodependencia o drogadicción o trastorno por consumo de sustancias. Una vez que autorice la divulgación de mis registros e información, comprendo y reconozco que el destinatario puede volver a divulgarlos y que es posible que ya no estén protegidos por las leyes federales o estatales de privacidad de la salud ni otras leyes o reglamentaciones de protección de datos aplicables.

Comprendo que esta Autorización es voluntaria y que no estoy obligado a firmarla para recibir tratamiento o pago, elegibilidad o beneficios de inscripción de mis aseguradoras.

Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento llamando al 1-844-692-3279 o escribiendo a:

Programa Adbry™ Advocate™
PO Box 1587
Jeffersonville, IN 47131



Servicios de asistencia de LEO Pharma
7 Giralda Farms
Madison, NJ 07940

Esta Autorización vencerá 5 años después de que la firme, o antes si así lo exige la ley, a menos que la revoque antes. Si la Autorización vence o es revocada, comprendo y reconozco que es posible que ya no reúna los requisitos para recibir los Servicios de LEO Pharma, pero no afectará el tratamiento de mis Proveedores ni los beneficios de mi seguro. También comprendo y reconozco que si un Proveedor divulga mis registros e información médica personal a LEO Pharma de manera autorizada y continua, mi revocación de esta Autorización entrará en vigencia con respecto a ese Proveedor tan pronto como ese proveedor reciba la notificación de mi revocación y dicha revocación no afectará los usos o divulgaciones anteriores de mis registros e información médica personal. Comprendo que podré conservar una copia de esta Autorización y puedo, en cualquier momento, solicitar otra copia. LEO Pharma utilizará su información de acuerdo con la política de privacidad de LEO Pharma, Inc., que se encuentra en <https://www.leo-pharma.us/Home/Privacy.aspx>.

He leído y aceptado esta Autorización del paciente.

Nombre del paciente _____ **Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA)** _____

FIRMA DEL PACIENTE o del REPRESENTANTE DEL PACIENTE

Fecha _____

Si firma el representante del paciente, indique a continuación la autoridad para actuar en nombre del paciente:

Tutor designado por un tribunal Poder notarial, incluida la autoridad para tomar decisiones sobre la atención de la salud
Otro (explicar) _____



Información adicional sobre privacidad

Comprende que puede cancelar su participación en el Programa Adbry™ Advocate™ en cualquier momento llamando al 1-844-692-3279. Se recopilan su información médica, información de contacto y otra información que usted, sus proveedores de atención médica, farmacias y aseguradoras de salud y sus proveedores de servicios compartan con LEO Pharma, Inc., sus filiales, socios comerciales, agentes y proveedores de servicios (en conjunto, "LEO Pharma") para brindarle la asistencia relacionada con los servicios descritos en la autorización del paciente. Para obtener más información sobre cómo LEO Pharma, Inc. generalmente recopila y procesa datos personales y los derechos de privacidad disponibles, visite <https://www.leo-pharma.us/Home/Privacy.aspx>.

Programa Adbry™ Copay: Resumen del programa y Términos y condiciones

LEO Pharma, Inc. ("LEO Pharma") es el distribuidor de la inyección de Adbry™ (tralokinumab-ldrm) (el "producto"). LEO Pharma patrocina los programas de acceso para pacientes Adbry™ Advocate™ (Adbry Advocate) que son operados por el proveedor de servicios de LEO Pharma, PharmaCord, LLC. El propósito de Adbry Advocate es ayudar a garantizar que los pacientes médicamente adecuados tengan acceso al medicamento que les han recetado sus proveedores de atención médica de cabecera.

El Programa Adbry™ Copay (el "Programa") proporcionará el reembolso de las obligaciones de participación en los gastos de los pacientes elegibles con seguro comercial (incluidos los deducibles, los copagos, el coseguro o los importes que superen los máximos de desembolsos) por el producto, hasta un límite máximo anual especificado por el Programa y que puede ajustarse de vez en cuando a criterio exclusivo del Programa. El monto del reembolso puede variar, incluso en función de la cobertura del seguro de un paciente elegible. Los pacientes pueden pagar tan solo \$0 por el despacho del producto después de la implementación del reembolso del Programa. Los pacientes siguen siendo responsables de los costos restantes del producto después de la implementación de reembolso del programa o después de alcanzar el límite máximo anual.

Un paciente puede inscribirse en el Programa Copay ya sea inscribiéndose en Adbry Advocate o a través de otros medios proporcionados por LEO Pharma, como el sitio web del producto o a través de farmacias especializadas contratadas por LEO Pharma para despachar el producto.

Requisitos y limitaciones de elegibilidad

- El beneficio máximo anual actual disponible en virtud del Programa es de quince mil dólares (\$15,000.00) por paciente elegible.
- El paciente debe tener 18 años de edad o más y una receta válida para un uso aprobado del producto.
- El paciente debe ser residente de los Estados Unidos o Puerto Rico.
- El paciente debe tener un seguro comercial.
- El paciente no debe tener cobertura de fármacos recetados para el producto, en su totalidad o en parte, en virtud de ningún programa de salud federal o estatal que sea un "programa de atención de la salud federal", según se define en el Título 42 del U.S.C., Sección 1320a-7b(f), incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, TRICARE, Indian Health Service, el Programa de beneficios de salud del Departamento de Asuntos de los Veteranos, Programas estatales de Seguro Médico para Niños en virtud del Título XIX o el Título XXI de la Ley de Seguridad Social, programas de estatales de subvenciones en bloque en virtud del Título V o el Título XX de la Ley de Seguridad Social, o programas de asistencia farmacéutica estatales. Este Programa no está disponible para pacientes dentro de un período de deducibles o períodos similares de participación en los costos en virtud de dichos programas federales de atención de la salud.
- Los pacientes no asegurados y que pagan en efectivo no son elegibles.

Términos y condiciones adicionales

- El Programa no constituye un seguro.
- La disponibilidad de beneficios en virtud del Programa no constituye ninguna garantía de cobertura en virtud de ningún seguro o programa de beneficios de recetas.
- Los beneficios en virtud de este Programa no pueden combinarse con ningún reembolso, cupón u oferta de terceros.
- Al presentar una solicitud de beneficios en virtud del Programa o al participar en el Programa, el proveedor de atención médica reconoce y acepta que: (1) no presentará ninguna reclamación ni otra solicitud de pago o reembolso por beneficios proporcionados en virtud del Programa al paciente o ningún plan o programa de terceros, incluidos los programas de asistencia comercial o gubernamental; e (2) informará al paciente que no puede presentar una reclamación a ningún plan o programa de terceros, pero debe notificar su recepción de beneficios a la aseguradora del paciente, si así lo requiere su plan.
- Al presentar una solicitud de beneficios en virtud del Programa o al participar en el Programa, el paciente reconoce y acepta que: (1) no presentará ninguna reclamación ni otra solicitud de pago o reembolso por beneficios proporcionados en virtud del Programa a ningún plan o programa de terceros, incluidos los programas de asistencia comercial o gubernamental; y (2) notificará su recepción de beneficios a su aseguradora, si así lo requiere su plan.
- Los pacientes o sus proveedores de atención médica deben presentar la información o la documentación completa requerida en virtud del Programa y deben dar fe de la veracidad y exactitud de la información o la documentación.
- Al presentar una solicitud de beneficios en virtud del Programa o al participar en el Programa, cada paciente y proveedor de atención médica reconoce, comprende y acepta el beneficio, la elegibilidad y otras limitaciones, los términos y condiciones del programa según se establecen en el presente documento.
- La disponibilidad de beneficios en virtud del Programa no está condicionada por ninguna compra pasada, presente o futura, incluida cualquier posible reposición futura del producto.
- La tarjeta de copago, ya sea que se emita de forma virtual o física, no tiene valor en efectivo.
- Oferta nula donde esté prohibida por la ley, gravada o restringida.
- LEO Pharma tiene la potestad exclusiva de determinar la elegibilidad para el Programa.
- LEO Pharma se reserva el derecho de enmendar, modificar o interrumpir los beneficios del Programa y los requisitos de elegibilidad en cualquier momento y sin previo aviso.

Programa Adbry™ Bridge Care™: Resumen del programa y Términos y condiciones

LEO Pharma, Inc. ("LEO Pharma") es el distribuidor de la inyección de Adbry™ (tralokinumab-ldrm) (el "producto"). LEO Pharma patrocina los programas de acceso para pacientes Adbry™ Advocate™ (Adbry Advocate) que son operados por el proveedor de servicios de LEO Pharma, PharmaCord, LLC. El propósito de Adbry Advocate es ayudar a garantizar que los pacientes médicamente adecuados tengan acceso al medicamento que les han recetado sus proveedores de atención médica del tratamiento.

Una de las ofertas disponibles para el beneficio de los pacientes en virtud de Adbry Advocate es el Programa Adbry™ Bridge Care™ (el "Programa"). En virtud del Programa, Adbry Advocate proporcionará el producto, de acuerdo con la ficha técnica del producto, sin cargo y de forma periódica, a los pacientes con seguro comercial a los que se les haya recetado el producto para un uso aprobado y que cumplan con los requisitos de elegibilidad del Programa, después de experimentar una demora inicial, según se define a continuación, en la obtención de una determinación de la cobertura del producto por parte del seguro. Un paciente puede inscribirse en el Programa si completa, firma y envía la parte correspondiente del Formulario de inscripción y receta del Programa Adbry Advocate. Un proveedor de atención médica (Healthcare Provider, "HCP") puede recetar el producto completando, firmando y presentando la parte correspondiente del Formulario de inscripción y receta, que incluye una receta para el producto que será procesada por la farmacia despachadora no comercial (non-commercial dispensing pharmacy, NCDP) afiliada a PharmaCord, LLC.

Después de que la NCDP reciba la receta y se verifique la elegibilidad del paciente para el Programa, se puede enviar el producto al consultorio del HCP prescriptor. Alternativamente, si: a) el HCP decide que el paciente o un cuidador puede administrar correctamente las inyecciones del producto; y b) el paciente o el cuidador ha recibido capacitación sobre la preparación y la colocación adecuadas de la inyección del producto, el producto puede entregarse a la dirección del registro del paciente o a otra ubicación acordada mutuamente por Adbry Advocate y el paciente o el cuidador del paciente. En caso de que la entrega se realice a la dirección del registro del paciente u otra ubicación acordada mutuamente, Adbry Advocate coordinará el envío del producto, lo que puede extender el tiempo de entrega. El producto se despachará desde la NCDP con entrega al día siguiente.

Requisitos y limitaciones de elegibilidad

- El paciente debe tener 18 años de edad o más y una receta válida para un uso aprobado del producto.
- El paciente debe ser residente de los Estados Unidos o Puerto Rico.
- El paciente debe tener un seguro comercial.
- El paciente no debe tener cobertura de fármacos recetados para el producto, en su totalidad o en parte, en virtud de ningún programa de salud subsidiado por el gobierno federal o estatal que sea un "programa de atención de la salud federal", según se define en el Título 42 del U.S.C., Sección 1320a-7b(f), incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, TRICARE, Indian Health Service, el programa de Beneficios de salud del Departamento de Asuntos de los Veteranos, Programas estatales de Seguro Médico para Niños en virtud del Título XIX o el Título XXI de la Ley de Seguridad Social, programas de donaciones globales estatales en virtud del Título V o el Título XX de la Ley de Seguridad Social, o programas de asistencia farmacéutica estatales. Este Programa no está disponible para pacientes dentro de un período de deducibles o períodos similares de participación en los costos en virtud de dichos programas federales de atención de la salud.
- Los pacientes no asegurados y que pagan en efectivo no son elegibles.
- El paciente debe experimentar:
 - Una demora de más de cinco (5) días en la obtención de una determinación de la cobertura por parte del seguro (es decir, la presentación real de una solicitud de determinación de cobertura, como una solicitud de autorización previa) ya sea al inicio de la terapia o en relación con un cambio en la cobertura o el proveedor de seguro (p. ej., debido a un cambio en el empleo); o
 - Una denegación de la cobertura por parte del seguro basada en una solicitud de autorización previa, ya sea al inicio de la terapia o en relación con un cambio en el proveedor de seguro o la cobertura (p. ej., debido a un cambio en el empleo), para la cual se ha presentado o se presentará una apelación de denegación de la cobertura, en nombre del paciente, dentro de los treinta (30) días posteriores a dicha denegación.

Términos y condiciones adicionales

- El Programa no constituye un seguro.
- La provisión del producto en virtud del Programa no constituye ninguna garantía de cobertura en virtud de ningún seguro o programa de beneficios de recetas.
- Para cada paciente elegible, el Programa proporciona el producto, sin cargo, de forma periódica, a dicho paciente durante un máximo de dos (2) años o hasta que el paciente reciba la aprobación de la cobertura del seguro, lo que ocurra primero.
- Después de que se verifique la elegibilidad y la NCDP reciba la receta, esta enviará un suministro del producto, en cantidades que se determinarán a criterio exclusivo de Adbry Advocate, al consultorio del HCP prescriptor o al paciente, como se explicó anteriormente.
- Adbry Advocate verificará periódicamente si el paciente ha obtenido una determinación de cobertura o, si se ha emitido una determinación de denegación de la cobertura, si el paciente ha presentado una apelación. La NCDP enviará suministros adicionales del producto, en cantidades que se determinarán a criterio exclusivo de Adbry Advocate, siempre que el paciente siga siendo elegible para recibir el producto en virtud del Programa.
- Al presentar una solicitud para el producto en virtud del Programa o al participar en el Programa, el proveedor de atención médica reconoce y acepta que: (1) no presentará ninguna reclamación ni otra solicitud de pago o reembolso por el producto proporcionado en virtud del Programa al paciente o ningún plan o programa de terceros, incluidos los programas de asistencia comercial o gubernamental; (2) informará al paciente que no puede presentar una reclamación a ningún plan o programa de terceros, pero debe notificar su recepción del producto a la aseguradora del paciente, si así lo requiere su plan; (3) despachará o administrará el producto únicamente al paciente elegible para el que se lo solicitó; y (4) no venderá, transferirá ni despachará el producto a ningún otro tercero de ningún otro modo.
- Al presentar una solicitud para el producto en virtud del Programa o al participar en el Programa, el paciente reconoce y acepta que: (1) no presentará ninguna reclamación ni otra solicitud de pago o reembolso por el producto proporcionado en virtud del Programa a ningún plan o programa de terceros, incluidos los programas de asistencia comercial o gubernamental; (2) notificará su recepción del producto a su aseguradora, si así lo requiere su plan; y (3) no venderá, transferirá ni despachará el producto a ningún otro tercero de ningún otro modo.
- La NCDP solo despachará el producto de conformidad con los programas de acceso para pacientes Adbry Advocate. Las recetas de productos sujetas a seguros de terceros, incluidas las recetas que requieren reposición, pueden ser entregadas por la farmacia que elija el paciente, sujetas a la distribución del producto y a las limitaciones de los terceros pagadores.
- Los pacientes o sus proveedores de atención médica deben presentar la información o la documentación completa requerida en virtud del Programa y deben dar fe de la veracidad y exactitud de la información o la documentación. Es posible que se les solicite a los pacientes que vuelvan a verificar la cobertura del seguro o el estado de apelación durante su participación en el Programa. Si no se verifica el estado o no se presenta una apelación requerida, se puede dar por terminado el suministro del producto en virtud del Programa a criterio exclusivo de Adbry Advocate.
- Al presentar una solicitud para el producto en virtud del Programa o al participar en el Programa, cada paciente y proveedor de atención médica reconoce, comprende y acepta el beneficio, la elegibilidad y otras limitaciones, los términos y condiciones del programa según se establecen en el presente documento.
- La disponibilidad del producto en virtud del Programa no está condicionada por ninguna compra pasada, presente o futura, incluida cualquier posible reposición futura del producto.
- Oferta nula donde esté prohibida por la ley, gravada o restringida.
- LEO Pharma tiene la potestad exclusiva de determinar la elegibilidad para el Programa.
- LEO Pharma puede enmendar, modificar o interrumpir los beneficios del Programa y los requisitos de elegibilidad en cualquier momento, sin previo aviso.



Programa Adbry™ Rapid Access™: Resumen del programa y Términos y condiciones

LEO Pharma, Inc. ("LEO Pharma") es el distribuidor de la inyección de Adbry™ (tralokinumab-ldrm) (el "producto"). LEO Pharma patrocina los programas de acceso para pacientes Adbry™ Advocate™ (Adbry Advocate) que son operados por el proveedor de servicios de LEO Pharma, PharmaCord, LLC. El propósito de Adbry Advocate es ayudar a garantizar que los pacientes médicamente adecuados tengan acceso al medicamento que les han recetado sus proveedores de atención médica de cabecera.

Una de las ofertas disponibles para el beneficio de los pacientes en virtud de Adbry Advocate es el Programa Adbry Rapid Access (el "Programa"). En virtud del Programa, Adbry Advocate proporcionará sin cargo la dosis inicial o "de carga" del producto, de acuerdo con la ficha técnica del producto, a los pacientes con seguro comercial a los que se les haya recetado el producto para un uso aprobado y que cumplan con los requisitos de elegibilidad del Programa. Un paciente puede inscribirse en el Programa si completa, firma y envía la parte correspondiente del Formulario de inscripción y receta del Programa Adbry Advocate. Un proveedor de atención médica ("HCP") puede recetar la dosis inicial del producto completando, firmando y presentando la parte correspondiente del Formulario de inscripción y receta, que incluye una receta para el producto que será procesada por la farmacia despachadora no comercial (NCDP) afiliada a PharmaCord, LLC.

Después de que la NCDP reciba la receta y se verifique la elegibilidad del paciente para el Programa, se puede enviar el producto al consultorio del HCP prescriptor. Alternativamente, si: a) el HCP decide que el paciente o el cuidador puede administrar correctamente las inyecciones del producto; y b) el paciente o el cuidador ha recibido capacitación sobre la preparación y la colocación adecuadas de la inyección del producto, el producto puede entregarse a la dirección del registro del paciente o a otra ubicación acordada mutuamente por Adbry Advocate y el paciente o el cuidador del paciente. En caso de que la entrega se realice al consultorio del HCP prescriptor, el producto generalmente puede entregarse en tan solo cuarenta y ocho (48) horas. En caso de que la entrega se realice a la dirección del registro del paciente u otra ubicación acordada mutuamente, Adbry Advocate coordinará el envío del producto, lo que puede extender el tiempo de entrega. El producto se despachará desde la NCDP con entrega al día siguiente.

Requisitos y limitaciones de elegibilidad

- Los pacientes que iniciaron la terapia con muestras no son elegibles para recibir el producto en virtud del Programa Rapid Access.
- El paciente debe tener 18 años de edad o más y una receta válida para un uso aprobado del producto.
- El paciente debe ser residente de los Estados Unidos o Puerto Rico.
- El paciente debe tener un seguro comercial.
- El paciente no debe tener cobertura de fármacos recetados para el producto, en su totalidad o en parte, en virtud de ningún programa de salud federal o estatal que sea un "programa de atención de la salud federal", según se define en el Título 42 del U.S.C., Sección 1320a-7b(f), incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, TRICARE, Indian Health Service, el Programa de beneficios de salud del Departamento de Asuntos de los Veteranos, Programas estatales de Seguro Médico para Niños en virtud del Título XIX o el Título XXI de la Ley de Seguridad Social, programas de donaciones globales estatales en virtud del Título V o el Título XX de la Ley de Seguridad Social, o programas de asistencia farmacéutica estatales. Este Programa no está disponible para pacientes dentro de un período de deducibles o períodos similares de participación en los costos en virtud de dichos programas federales de atención de la salud.
- Los pacientes no asegurados y que pagan en efectivo no son elegibles.

Términos y condiciones adicionales

- Solo para la dosis inicial. Límite de un envío de producto por paciente elegible.
- El Programa no constituye un seguro.
- La provisión de la dosis inicial del producto no constituye ninguna garantía de cobertura en virtud de ningún seguro o programa de beneficios de recetas.
- Al presentar una solicitud para el producto en virtud del Programa o al participar en el Programa, el proveedor de atención médica reconoce y acepta que: (1) no presentará ninguna reclamación ni otra solicitud de pago o reembolso por el producto proporcionado en virtud del Programa al paciente o ningún plan o programa de terceros, incluidos los programas de asistencia comercial o gubernamental; (2) informará al paciente que no puede presentar una reclamación a ningún plan o programa de terceros, pero debe notificar su recepción del producto a la aseguradora del paciente, si así lo requiere su plan; (3) despachará o administrará el producto únicamente al paciente elegible para el que se lo solicitó; y (4) no venderá, transferirá ni despachará el producto a ningún otro tercero de ningún otro modo.
- Al presentar una solicitud para el producto en virtud del Programa o al participar en el Programa, el paciente reconoce y acepta que: (1) no presentará ninguna reclamación ni otra solicitud de pago o reembolso por el producto proporcionado en virtud del Programa a ningún plan o programa de terceros, incluidos los programas de asistencia comercial o gubernamental; (2) notificará su recepción del producto a su aseguradora, si así lo requiere su plan; y (3) no venderá, transferirá ni despachará el producto a ningún otro tercero de ningún otro modo.
- La NCDP solo despachará el producto de conformidad con los programas de acceso para pacientes Adbry Advocate. Las recetas de productos sujetas a seguros de terceros, incluidas las recetas que requieren reposición, pueden ser entregadas por la farmacia que elija el paciente, sujetas a la distribución del producto y a las limitaciones de los terceros pagadores.
- Los pacientes o sus proveedores de atención médica deben presentar la información o la documentación completa requerida en virtud del Programa y deben dar fe de la veracidad y exactitud de la información o la documentación.
- Al presentar una solicitud para el producto en virtud del Programa o al participar en el Programa, cada paciente y proveedor de atención médica reconoce, comprende y acepta el beneficio, la elegibilidad y otras limitaciones, los términos y condiciones del programa según se establecen en el presente documento.
- La disponibilidad del producto en virtud del Programa no está condicionada por ninguna compra pasada, presente o futura, incluida cualquier posible reposición futura del producto.
- Oferta nula donde esté prohibida por la ley, gravada o restringida.
- LEO Pharma tiene la potestad exclusiva de determinar la elegibilidad para el Programa.
- LEO Pharma puede enmendar, modificar o interrumpir los beneficios del Programa y los requisitos de elegibilidad en cualquier momento y sin previo aviso.

Autorización en virtud de la Ley de Informe Justo de Crédito (FCRA)

Comprendo que estoy proporcionando "instrucciones escritas" que autorizan a LEO Pharma y a sus proveedores, en virtud de la FCRA, a obtener información de mi perfil de crédito u otra información del proveedor, únicamente con el fin de determinar las calificaciones financieras para los programas administrados por LEO Pharma. Comprendo que debo aceptar afirmativamente estos términos para poder continuar con este proceso de selección financiera.

Consentimiento en virtud de la TCPA

Otorgo mi consentimiento para recibir llamadas y mensajes de texto de LEO Pharma, y en nombre de este, realizados con un marcador automático o por voz pregrabada, al (los) número(s) de teléfono proporcionado(s). Comprendo que no se requiere mi consentimiento ni una condición de compra. La cantidad de mensajes variará según mi selección de programas, y es posible que reciba hasta 5 mensajes por semana. También comprendo que pueden aplicarse tarifas por mensajes y uso de datos, y que puedo enviar un mensaje de texto con la palabra STOP para cancelar la suscripción y HELP para pedir ayuda.

Autorización para el médico

Certifico que esta terapia es médicamente necesaria y que esta información es precisa a mi leal saber y entender. Certifico que soy el médico que recetó el fármaco identificado anteriormente al paciente previamente identificado. Con el fin de transmitir esta receta, autorizo a LEO Pharma y sus filiales, socios comerciales y agentes a que la reenvíen como mi agente para estos fines limitados, por vía electrónica, por fax o por correo a las farmacias despachadoras correspondientes. Certifico que cualquier medicamento recibido se utilizará solo para el paciente mencionado en este formulario y no se ofrecerá para su venta, trueque o intercambio. Además, no se presentará ninguna reclamación de reembolso con respecto a este medicamento, ni se devolverá ningún medicamento para obtener crédito. Reconozco que este programa es exclusivamente para fines de atención al paciente y no para obtener una remuneración de ningún tipo. Comprendo que LEO Pharma puede revisar, cambiar o interrumpir los programas en cualquier momento, sin previo aviso.

