

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 A. M. a 8 P. M., hora del este, excepto festivos

¡Estamos aquí para apoyarlo a su manera!

Al registrarse en el Programa Adbry[®] Advocate[™], se pondrá en contacto con un gerente de caso que puede ayudarle a:



Comprender su cobertura de seguro



Opciones para ahorrar en su receta de inyección Adbry[®] (tralokinumab-ldrm)



Formación complementaria sobre inyecciones con un enfermero Advocate para asegurarse de que se siente seguro con Adbry.



Comunicaciones y ayuda educativa en la frecuencia y el formato que mejor se adapten a usted

Esto es lo que puede esperar a continuación:

1

Recibirá una llamada o un mensaje de texto de un gerente de casos en el plazo de 1 a 2 días hábiles. Un gerente de casos se comunicará con usted al **1-844-692-3279**, aunque en algunas áreas este número puede mostrarse como no identificado. Le recomendamos que guarde nuestro número en sus contactos, ya que es importante responder para obtener más información sobre su cobertura y las posibles oportunidades de ahorro para Adbry.

2

Pregunte a su médico si su receta de Adbry se ha enviado a una farmacia especializada de la red LEO Pharma que le ayudará con una investigación de beneficios y autorización previa, si es necesario. Si es así, escriba cuál y recibirá una llamada.

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



El logotipo de LEO Pharma y LEO Pharma son marcas comerciales registradas y Adbry[®], Adbry[®] Advocate[™], Bridge Care[™] y Rapid Access[™] son marcas comerciales de LEO Pharma A/S. ©2024 LEO Pharma, Inc. Todos los derechos reservados. MAT-70587 febrero de 2024

Formulario de inscripción y receta

Este formulario, incluida la Autorización del paciente adjunta, debe ser completado y firmado por el paciente/representante legal y el médico, cuando se indique, antes de que el Programa Adbry® Advocate™ (el "Programa") pueda comenzar a proporcionar apoyo a los pacientes elegibles. Los pacientes que se inscriban en el Programa deben tener al menos 12 años. El formulario de inscripción y receta debe ser completado por un adulto/representante legal (mayor de 18 años).



Ya he enviado una receta para Adbry a una farmacia especializada (specialty pharmacy, SP) de la red LEO Pharma que proporcionará investigación de beneficios y asistencia para la autorización previa (si es necesario).

Nombre de la farmacia especializada de la red LEO _____ Teléfono _____ Fax _____

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL SEGURO (REQUERIDA) *A completar por el paciente o representante legal*

Nombre (primer y segundo y apellido) _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) _____ Sexo M F

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono móvil _____ Número de teléfono alternativo _____ Dirección de correo electrónico _____

Preferencia de comunicación Llamada Correo electrónico Mensaje de texto Mejor hora para llamar Mañana Tarde Noche Permiso para dejar mensaje de voz Sí No

Idioma preferido Inglés español Otro _____

Información del seguro Con seguro (incluya la información a continuación y/o adjunte una copia de la tarjeta del seguro) Sin seguro

Seguro de receta _____ Seguro médico _____

Nombre del titular de la póliza _____ Relación con el paciente _____ Nombre del titular de la póliza _____ Relación con el paciente _____

N.º de identificación de receta _____ N.º BIN de receta _____ N.º de identificación del seguro médico _____

N.º PCN de receta _____ N.º de teléfono del seguro (ubicado en el reverso de la tarjeta del seguro) _____

N.º de grupo _____ N.º de grupo _____

He leído y acepto recibir llamadas y mensajes de texto relacionados con el programa, tal como se establece en el Consentimiento de la Ley de Protección al Consumidor Telefónico (Telephone Consumer Protection Act, TCPA) en la página 7.

Al inscribirse en el Programa Adbry Advocate, acepto los Términos y condiciones del programa que comienzan en la página 5.

2 INFORMACIÓN CLÍNICA DEL MÉDICO Y DEL PACIENTE (REQUERIDA) *A completar por el médico*

Nombre del médico (nombre, apellido) _____ N.º de NPI _____

Nombre del consultorio _____ Número de licencia estatal _____

Dirección del consultorio _____ Nombre del contacto del consultorio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono de contacto del consultorio _____

Número de fax del consultorio _____ Dirección de correo electrónico de contacto del consultorio _____

Diagnóstico del paciente Dermatitis atópica, sin especificar (L20.9) Otro código ICD-10 _____ Fecha del diagnóstico _____

Los códigos proporcionados son utilizados únicamente con fines informativos y están sujetos a cambios. Es responsabilidad de cada médico ejercer un juicio clínico independiente a la hora de seleccionar los códigos y presentar reclamaciones que reflejen con exactitud el diagnóstico de cada paciente. Los códigos proporcionados pueden no aplicarse a todos los pacientes o planes de salud.

Terapias previas _____ Terapias actuales _____

Alergias del paciente Sí No En caso afirmativo, especifique _____

El paciente ya ha iniciado el tratamiento con Adbry a través de las muestras Fecha de entrega de las muestras _____

Solicito formación virtual sobre inyecciones para este paciente que sea realizada por el Programa ¿Se ha enviado una autorización previa? Sí No

3 RECETA DEL PROGRAMA ADBRY® ADVOCATE™ (OPCIONAL: debe completarlo el médico para que el paciente reciba el producto del Programa a través de la farmacia PharmaCord)

Inyección Adbry® (tralokinumab-ldrm) (150 mg/ml)

El Programa Adbry® Rapid Access™ proporciona a los pacientes elegibles con seguro comercial una dosis inicial gratuita para que la reciban en tan solo 48 horas. Consulte los Términos y condiciones del Programa en la página 8.

Adbry® Rapid Access™ (dosis para adultos): 600 mg, modo de administración: 4 inyecciones (150 mg/ml) subcutáneas el día 1

Cantidad: 4 jeringas precargadas

Adbry® Rapid Access™ (dosis pediátrica 12-17): 300 mg, modo de administración: 2 inyecciones (150 mg/ml) subcutáneas el día 1

Cantidad: 2 jeringas precargadas Recargas: 0 Enviar a Médico Paciente

Certifico que este tratamiento es médicamente necesario y que esta información es exacta a mi leal saber y entender. Certifico que soy el médico que ha recetado Adbry al paciente identificado previamente para una indicación aprobada por la FDA. A los efectos de transmitir esta receta, autorizo a LEO Pharma Inc., sus afiliados, socios comerciales, agentes y proveedores de servicios, incluidos los proveedores de servicios del programa de apoyo al paciente (colectivamente, "LEO Pharma") a reenviarme esta receta como mi agente para estos fines limitados electrónicamente, por fax o por correo a las farmacias dispensadoras correspondientes. Autorizo a mi paciente con seguro comercial uno o más meses de envíos temporales de Adbry durante un retraso en la determinación de beneficios o durante el proceso de apelación tras un retraso en la cobertura inicial de Adbry para el paciente identificado anteriormente. Acepto ayudar en los esfuerzos para asegurar el acceso a Adbry para mi paciente con seguro comercial. No intentaré solicitar el reembolso de ningún producto gratuito proporcionado en virtud del Programa Adbry® Advocate™ y no se puede devolver ningún medicamento para obtener el crédito. Certifico que cualquier medicamento recibido se utilizará solo para el paciente nombrado en este formulario y que no se ofrecerá para la venta, comercio o intercambio. Reconozco que este Programa tiene fines exclusivos de atención al paciente y que no tiene remuneración de ningún tipo. Entiendo además que cualquier producto gratuito proporcionado no está supeditado a ninguna obligación de compra. Entiendo que LEO Pharma puede revisar, cambiar o finalizar el Programa en cualquier momento sin previo aviso.

Nombre del médico colaborador (si procede) _____ N.º de NPI _____

FIRMA _____ Fecha _____ FIRMA _____ Fecha _____

Firma del médico (dispensar como está escrito) Firma del médico (dispensar como está escrito)

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

4 RECETA DE LA RED DE FARMACIA ESPECIALIZADA *A completar por el médico*

Inyección Adbry® (tralokinumab-ldrm) (150 mg/ml)

Dosis inicial (dosis para adultos): 600 mg, modo de administración: 4 inyecciones (150 mg/ml) subcutáneas el día 1

Cantidad: 4 jeringas precargadas

Dosis inicial (dosis pediátrica 12-17): 300 mg, modo de administración: 2 inyecciones (150 mg/ml) subcutáneas el día 1

Cantidad: 2 jeringas precargadas Recargas: 0 Enviar a Médico Paciente

Certifico que este tratamiento es médicamente necesario y que esta información es exacta a mi leal saber y entender. Certifico que soy el médico que ha recetado Adbry al paciente identificado previamente para una indicación aprobada por la FDA. A los efectos de transmitir esta receta, autorizo a LEO Pharma Inc., sus afiliados, socios comerciales, agentes y proveedores de servicios, incluidos los proveedores de servicios del programa de apoyo al paciente (colectivamente, "LEO Pharma") a reenviarme esta receta como mi agente para estos fines limitados electrónicamente, por fax o por correo a las farmacias dispensadoras correspondientes. Autorizo a mi paciente con seguro comercial uno o más meses de envíos temporales de Adbry durante un retraso en la determinación de beneficios o durante el proceso de apelación tras un retraso en la cobertura inicial de Adbry para el paciente identificado anteriormente. Acepto ayudar en los esfuerzos para asegurar el acceso a Adbry para mi paciente con seguro comercial. No intentaré solicitar el reembolso de ningún producto gratuito proporcionado en virtud del Programa Adbry® Advocate™ y no se puede devolver ningún medicamento para obtener el crédito. Certifico que cualquier medicamento recibido se utilizará solo para el paciente nombrado en este formulario y que no se ofrecerá para la venta, comercio o intercambio. Reconozco que este Programa tiene fines exclusivos de atención al paciente y que no tiene remuneración de ningún tipo. Entiendo además que cualquier producto gratuito proporcionado no está supeditado a ninguna obligación de compra. Entiendo que LEO Pharma puede revisar, cambiar o finalizar el Programa en cualquier momento sin previo aviso.

Nombre del médico colaborador (si procede) _____ N.º de NPI _____

FIRMA _____ Fecha _____ FIRMA _____ Fecha _____

Firma del médico (dispensar como está escrito) Firma del médico (dispensar como está escrito)

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

Complete todo este formulario y envíelo por fax al 1-855-423-0011 o complete el formulario en línea en <https://www.adbryhcp.com/support-and-resources>



El logotipo de LEO Pharma y LEO Pharma son marcas comerciales registradas y Adbry®, Adbry® Advocate™, Bridge Care™ y Rapid Access™ son marcas comerciales de LEO Pharma A/S. ©2024 LEO Pharma, Inc. Todos los derechos reservados. MAT-70587 febrero de 2024

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 médicas, y sus proveedores de servicios ("Proveedores") para usar, publicar o divulgar información relacionada con mis beneficios de seguro, afección médica, tratamiento, y los detalles de la receta ("Información personal") a LEO Pharma Inc., sus filiales, socios comerciales, agentes y proveedores de servicios, incluidos proveedores de servicios de programas de apoyo al paciente (colectivamente, "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 mis medicamentos recetados de LEO Pharma o para capacitar sobre el uso adecuado y seguro de los medicamentos recetados de LEO Pharma.
- Comunicaciones por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico sobre posibles servicios de acceso, ahorro y apoyo, incluidos, por ejemplo, programas de apoyo al paciente de LEO Pharma y, si estoy inscrito, asistencia para administrar mi participación en esos programas.
- Comunicaciones por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico sobre mi medicación con receta de LEO Pharma y el tratamiento, incluidos, por ejemplo, recordatorios, consejos sobre salud y estilo de vida, información relacionada con el producto y el programa. Las comunicaciones pueden personalizarse en función de la Información personal obtenida de mis Proveedores.
- Participación en actividades de garantía de calidad como encuestas y comentarios relacionados con los Servicios o mi tratamiento.

Al brindar los Servicios, LEO Pharma puede publicar o divulgar mi Información personal (incluida la información de salud personal allí establecida) a mis Proveedores y ciertos programas de asistencia financiera que pueden ayudar con mis pagos de medicamentos recetados. Entiendo y acepto que LEO Pharma y los Proveedores pueden combinar mis registros e información con información y datos recopilados de otras fuentes y utilizar esa información agregada para administrar los Servicios enumerados anteriormente. Entiendo y reconozco que es posible que se requiera que LEO Pharma comparta mis registros e información con las autoridades encargadas de hacer cumplir la ley u otros funcionarios gubernamentales, o cuando lo exija una ley, estatuto, reglamento o una orden judicial o administrativa. Entiendo y reconozco que mis Proveedores pueden recibir pagos de LEO Pharma por proporcionar ciertos aspectos de los Servicios, como recordatorios de medicamentos o recambios, en función de mi inscripción o participación.

Entiendo y acepto que mi historia clínica puede contener información sobre trastornos psiquiátricos, resultados de las pruebas del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), afecciones relacionadas con el SIDA, dependencia del alcohol, dependencia o abuso de drogas y/o trastorno por consumo de sustancias. Una vez que autorizo la divulgación de mis registros e información, entiendo y reconozco que puede ser divulgada de nuevo por el destinatario y que puede que ya no esté protegida por las leyes o normativas federales o estatales sobre privacidad de la salud u otras leyes o normativas aplicables sobre protección de datos.

Entiendo que esta Autorización es voluntaria y que no es necesario que la firme para obtener tratamiento o pago, elegibilidad o beneficios de inscripción de mis aseguradoras.

Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento llamando al 1-844-692-3279 o enviando un correo electrónico a info@Adbry-advocate.com o escribiendo a:

Programa Adbry® Advocate™

Código postal 1587
Jeffersonville, IN 47131



Servicios de apoyo de LEO Pharma

7 Giralda Farms
Madison, NJ 07940

Esta autorización caducará 5 años después de mi firma, o antes si así lo exige la ley, a menos que la revoque antes. Si la autorización caduca o se revoca, entiendo y reconozco que puede que ya no cumpla los requisitos para los Servicios de LEO Pharma, pero no afectará al tratamiento de mis Proveedores ni a mis beneficios de seguro. También entiendo y reconozco que si un Proveedor divulga mis registros e información médica personal a LEO Pharma de forma permanente y autorizada, mi revocación de esta Autorización será efectiva con respecto a ese Proveedor tan pronto como este reciba aviso de mi revocación y dicha revocación no afectará a los usos anteriores o a la divulgación de mis registros e información médica personal. Entiendo que podré conservar una copia de esta Autorización y que podré, en cualquier momento, solicitar una copia de esta Autorización. LEO Pharma puede anonimizar y agregar mi información. Puedo obtener más información sobre los derechos de privacidad en la política de privacidad de LEO Pharma Inc., que se encuentra en <https://www.leo-pharma.us/Home/Privacy.aspx>. Entiendo que mi información será utilizada por LEO Pharma de acuerdo con la política de privacidad de LEO Pharma Inc., ubicada en <https://www.leo-pharma.us/Home/Privacy.aspx>.

He leído y acepto esta Autorización del paciente.

**Nombre del paciente
(en letra de imprenta)** _____

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

Nombre del representante legal (en letra de imprenta) _____

FIRMA DEL PACIENTE o REPRESENTANTE LEGAL

Fecha de hoy _____

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

Tutor designado por el tribunal Poder legal, incluida la autoridad para tomar decisiones médicas

Otro (explicar) _____



Esta página debe proporcionarse al paciente o al representante legal antes de completar el formulario.

Información de privacidad adicional

Usted entiende que puede optar por no participar en el Programa Adbry® Advocate™ en cualquier momento llamando al 1-844-692-3279. Su información médica, información de contacto y otra información que usted, sus proveedores de servicios médicos, farmacias y aseguradoras médicas y sus proveedores de servicios compartan con LEO Pharma Inc., sus filiales, socios comerciales, agentes y proveedores de servicios (colectivamente "LEO Pharma") se recopilan para proporcionarle la asistencia relacionada con los servicios descritos en la autorización del paciente. Para obtener más información sobre cómo LEO Pharma Inc. recopila y procesa generalmente datos personales y derechos de privacidad disponibles, consulte <https://www.leo-pharma.us/Home/Privacy.aspx>.

Programa de copago Adbry®: resumen del programa y términos y condiciones

LEO Pharma, Inc. ("LEO Pharma") es el distribuidor de la inyección Adbry® (tralokinumab-ldrm) (el "Producto"). LEO Pharma patrocina los programas de acceso de pacientes Adbry® Advocate™ ("Adbry Advocate"), que son operados por el proveedor de servicios designado de LEO Pharma. El propósito de Adbry Advocate es ayudar a garantizar que los pacientes médicamente adecuados tengan acceso a la medicación que les ha recetado su proveedor de atención médica (cada uno de ellos un "HCP" [healthcare providers, por sus siglas en inglés]).

El Programa de Copagos Adbry® (el "Programa") proporcionará reembolso por las obligaciones de costos compartidos de los pacientes elegibles y asegurados comercialmente (incluidos deducibles, copagos, coseguros o montos que excedan los desembolsos máximos) para el Producto, hasta una limitación máxima anual especificada por el Programa y que puede ajustarse de vez en cuando a exclusivo criterio del Programa. El importe del reembolso puede variar, incluso en función de la cobertura del seguro de un paciente elegible. Los pacientes pueden pagar tan solo \$0 por cada suministro del Producto tras la aplicación del reembolso del Programa. Los pacientes siguen siendo responsables de cualquier costo restante del Producto tras la aplicación del reembolso del Programa o tras alcanzar la limitación máxima anual.

Un paciente o su representante legal puede inscribirse en el Programa de copago inscribiéndose en Adbry Advocate o a través de otros medios proporcionados por LEO Pharma, como a través del sitio web del Producto o a través de farmacias especializadas contratadas con LEO Pharma para dispensar el Producto.

Requisitos de elegibilidad y limitaciones

- El beneficio máximo anual actual disponible en virtud del Programa es de quince mil dólares estadounidenses (\$15,000.00) por paciente elegible.
- El paciente debe tener 12 años o más y una receta válida para un uso autorizado del Producto.
- El paciente debe ser residente en los Estados Unidos o Puerto Rico.
- El paciente debe tener un seguro comercial, ya sea directamente o a través de una cobertura dependiente.
- El paciente no debe tener cobertura de medicamentos recetados para el Producto, en su totalidad o en parte, directamente o a través de la cobertura de dependientes, en virtud de cualquier programa de salud federal o estatal que sea un "programa de atención médica federal", tal como se define en 42 U.S.C. § 1320a-7b(f), incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, TRICARE, el Servicio Indio de Salud, el Programa de Beneficios para la Salud del Departamento de Asuntos de Veteranos, Programa de Seguros de Salud Infantil estatal en virtud del Título XIX o el Título XXI de la Ley de Seguridad Social, programas estatales de subvenciones en bloque bajo el Título V o Título XX de la Ley de Seguridad Social, o programas estatales de asistencia farmacéutica. Este Programa no está disponible para pacientes dentro de un deducible o períodos de costos compartidos similares bajo dichos programas federales de atención médica.
- 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 bajo ningún seguro o programa de beneficios con receta.
- Los beneficios en virtud de este Programa no pueden combinarse con ningún reembolso, cupón u oferta de terceros.
- Al enviar una solicitud de beneficios en virtud del Programa o al participar en el Programa, el HCP reconoce y acepta que el HCP: (1) no presentará ninguna reclamación u otra solicitud de pago o reembolso de los beneficios proporcionados en virtud del Programa al paciente o a cualquier plan o programa de terceros, incluido cualquier programa de asistencia comercial o gubernamental; e (2) informará al paciente que el paciente no puede presentar una reclamación a ningún plan o programa de terceros, pero debe informar de su recepción de beneficios a la aseguradora del paciente si así lo requiere su plan.
- Al enviar una solicitud de beneficios en virtud del Programa o al participar en el Programa, el paciente (o su representante legal) reconoce y acepta que el paciente: (1) no presentará ninguna reclamación u otra solicitud de pago o reembolso de los beneficios proporcionados en virtud del Programa a cualquier plan o programa de terceros, incluido cualquier programa de asistencia comercial o gubernamental; e (2) informará de su recepción de beneficios a su aseguradora si así lo requiere su plan.
- Los pacientes y/o sus HCP deben enviar la información y/o documentación completa requerida en virtud del Programa y dar fe de la veracidad y exactitud de la información y/o documentación.
- Al enviar una solicitud de beneficios en virtud del Programa o al participar en el Programa, el paciente (o su representante legal) y el HCP reconocen, comprenden y aceptan individualmente el beneficio, la elegibilidad y otras limitaciones, términos y condiciones del programa, tal y como se establece en el presente documento.
- La disponibilidad de beneficios en virtud del Programa no está condicionada a ninguna compra pasada, presente o futura, incluida cualquier posible suministro nuevo futura del Producto.
- La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA") de 1996 otorga a las personas derechos relacionados con su Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI). En la medida en que LEO Pharma reciba PHI sobre usted, la utilizaremos y divulgaremos de acuerdo con la autorización del paciente que usted (o su representante legal) haya completado para su HCP en relación con el Programa Adbry Advocate de LEO Pharma. Para obtener más información sobre cómo su HCP usa y divulga su PHI, consulte el Aviso de prácticas de privacidad de su HCP. En la medida en que LEO Pharma recopile datos personales sobre usted que no sean PHI, utilizaremos y divulgaremos dichos datos personales tal y como se divulgan en nuestra política de privacidad, disponible en Política de privacidad | LEO Pharma (leo-pharma.us). Al participar en el Programa Adbry Advocate de LEO Pharma, usted reconoce que podemos recopilar información médica sobre usted, que puede ser considerada "sensible" según algunas leyes estatales de EE. UU. Además, si usted es padre/madre o tutor de un menor que participa en el programa, usted (o su representante legal) reconoce que podemos recopilar datos sobre el menor participante, que también se pueden considerar datos "sensibles" según algunas leyes estatales de los EE. UU.
- La tarjeta de copago, ya sea emitida virtual o físicamente, no tiene valor en efectivo.
- Oferta nula donde la ley lo prohíba, sujeta a impuestos o restringida.
- LEO Pharma tiene discreción exclusiva para determinar la elegibilidad del Programa.
- LEO Pharma podrá cambiar, modificar o finalizar los beneficios y criterios de elegibilidad del Programa 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 Adbry® (tralokinumab-ldrm) (el "Producto"). LEO Pharma patrocina los programas de acceso de pacientes Adbry® Advocate™ ("Adbry Advocate"), que son operados por el proveedor de servicios designado de LEO Pharma ("Proveedor de servicio LEO"). El propósito de Adbry Advocate es ayudar a garantizar que los pacientes médicamente adecuados tengan acceso a la medicación que les ha recetado su proveedor de atención médica (cada uno de ellos un "HCP" [healthcare providers, por sus siglas en inglés]).

Una de las ofertas disponibles para el beneficio de los pacientes bajo Adbry Advocate es el Programa Adbry® Bridge Care™ (el "Programa"). En virtud del Programa, Adbry Advocate proporcionará el Producto, de forma coherente con su información de receta, de forma gratuita y periódica, a los pacientes asegurados comercialmente a los que se les haya recetado el Producto para un uso autorizado y que cumplan los criterios de elegibilidad del Programa, después de experimentar un "Retraso inicial" (definido a continuación) para asegurar una determinación de la cobertura de seguro para el Producto. Un paciente o su representante legal puede inscribirse en el Programa completando, firmando y enviando la parte correspondiente del Formulario de inscripción y receta que incluye una receta para el Producto que procesará una farmacia dispensadora no comercial (non-commercial dispensing pharmacy, NCDP) afiliada al Proveedor de servicios LEO. Como alternativa, el HCP de un paciente puede recetar electrónicamente el producto directamente a la NCDP, siempre que el HCP haya completado, firmado y enviado un Formulario de certificación anual del programa de receta electrónica para proveedores de atención médica. Si el HCP receta electrónicamente directamente el Producto a la NCDP, el paciente o su representante legal debe completar, firmar y enviar una autorización del paciente y cualquier otra información razonablemente solicitada por el Programa para que Adbry Advocate verifique la elegibilidad y para que el paciente reciba asistencia en virtud del Programa.

Después de que la NCDP reciba la receta y de que se verifique la elegibilidad del paciente para el Programa, el Producto podrá entregarse al consultorio del HCP que lo recete. Como alternativa, si: a) el HCP decide que el paciente o el cuidador puede inyectar correctamente el Producto; y b) el paciente o el cuidador reciben formación sobre la preparación e inyección adecuadas del Producto, el Producto puede entregarse a la dirección del paciente u otra ubicación acordada mutuamente por Adbry Advocate y el paciente o el cuidador del paciente. En caso de entrega a la dirección registrada del paciente u otra ubicación mutuamente acordada, Adbry Advocate coordinará el envío del Producto, lo que puede extender el tiempo de entrega. El producto se dispensará de la NCDP mediante entrega al día siguiente.

Requisitos de elegibilidad y limitaciones

- El paciente debe tener 12 años o más y una receta válida para un uso autorizado del Producto.
- El paciente debe ser residente en los Estados Unidos o Puerto Rico.
- El paciente debe tener un seguro comercial, ya sea directamente o a través de una cobertura dependiente.
- El paciente no debe tener cobertura de medicamentos recetados para el Producto, en su totalidad o en parte, directamente o a través de la cobertura de dependientes, en virtud de cualquier programa de salud federal o estatal subsidiado por el gobierno que sea un "programa de atención médica federal", tal como se define en 42 U.S.C. § 1320a-7b(f), incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, TRICARE, el Servicio Indio de Salud, el Programa de Beneficios para la Salud del Departamento de Asuntos de Veteranos, Programa de Seguros de Salud Infantil estatal en virtud del Título XIX o el Título XXI de la Ley de Seguridad Social, programas estatales de subvenciones en bloque bajo el Título V o Título XX de la Ley de Seguridad Social, o programas estatales de asistencia farmacéutica. Este Programa no está disponible para pacientes dentro de un deducible o períodos de costos compartidos similares bajo dichos programas federales de atención médica.
- Los pacientes no asegurados y que pagan en efectivo no son elegibles.
- El paciente debe experimentar un "Retraso inicial", que se define como:
 - un retraso de más de cinco (5) días en la obtención de una determinación de la cobertura del seguro (es decir, la presentación real de una solicitud de determinación de la cobertura, como una solicitud de autorización previa), ya sea al inicio del tratamiento o en relación con un cambio en el proveedor o la cobertura del seguro (es decir, debido a un cambio de empleo); o
 - rechazo de la cobertura del seguro basado en una solicitud de autorización previa, ya sea al inicio del tratamiento o en relación con un cambio en el proveedor o en la cobertura del seguro (es decir, debido a un cambio en el empleo), para el cual se ha presentado o se enviará una apelación de la denegación de la cobertura, en nombre del paciente, en un plazo de treinta (30) días desde dicho rechazo.

Términos y condiciones adicionales

- El Programa no constituye un seguro.
- El suministro del Producto en virtud del Programa no constituye ninguna garantía de cobertura bajo ningún seguro o programa de beneficios con receta.
- Para cada paciente elegible, el Programa proporciona el Producto, sin cargo alguno, 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 antes.
- Después de verificar la elegibilidad y de que la NCDP reciba la receta, la NCDP enviará un suministro del Producto, en cantidades que se determinarán a discreción exclusiva de Adbry Advocate, al consultorio del HCP que receta el medicamento o al paciente, como se ha explicado anteriormente.
- Con regularidad, Adbry Advocate verificará si el paciente ha obtenido una determinación de cobertura o, si se ha emitido una determinación de no cobertura, si el paciente ha presentado una apelación. La NCDP enviará suministros adicionales del Producto, en cantidades que se determinarán a discreción exclusiva de Adbry Advocate, siempre que el paciente siga siendo elegible para recibir el Producto en virtud del Programa.
- Al enviar una solicitud del Producto en virtud del Programa o al participar en el Programa, el HCP reconoce y acepta que el HCP: (1) no presentará ninguna reclamación u otra solicitud de pago o reembolso de Productos proporcionados en virtud del Programa al paciente o a cualquier plan o programa de terceros, incluido cualquier programa de asistencia comercial o gubernamental; (2) informará al paciente que el paciente no puede presentar una reclamación a ningún plan o programa de terceros, pero debe informar de su recepción del Producto a la aseguradora del paciente si así lo requiere su plan; (3) dispensará o administrará el Producto únicamente al paciente elegible para quien se solicitó dicho Producto; y (4) no venderá, transferirá ni distribuirá de otro modo el Producto a ningún otro tercero.



Esta página debe proporcionarse al paciente o al representante legal antes de completar el formulario.

Términos y condiciones adicionales (cont.)

- Al enviar una solicitud del Producto en virtud del Programa o al participar en el Programa, el paciente (o su representante legal) reconoce y acepta que el paciente: (1) no presentará ninguna reclamación u otra solicitud de pago o reembolso del Producto proporcionado en virtud del Programa a cualquier plan o programa de terceros, incluido cualquier programa de asistencia comercial o gubernamental; (2) informará de su recepción del Producto a su aseguradora si así lo requiere su plan; y (3) no venderá, transferirá ni distribuirá de otro modo el Producto a ningún otro tercero.
- La NCDP solo dispensa el Producto de conformidad con los programas de acceso de pacientes Adbry Advocate. Las recetas de productos sujetas a un seguro de terceros, incluidas las recetas de recargas, pueden ser dispensadas por la farmacia de elección del paciente, sujeto a la distribución del producto y a las limitaciones de los pagadores externos.
- Los pacientes y/o sus HCP deben enviar la información y/o documentación completa requerida en virtud del Programa y dar fe de la veracidad y exactitud de la información y/o documentación. Es posible que se pida a los pacientes que vuelvan a verificar la cobertura del seguro o el estado de apelación durante su participación en el Programa. No verificar el estado o presentar una apelación requerida puede dar lugar a la finalización de la dispensación del Producto en virtud del Programa a discreción exclusiva de Adbry Advocate.
- Al enviar una solicitud del Producto en virtud del Programa o al participar en el Programa, el paciente (o su representante legal) y el HCP reconocen, comprenden y aceptan individualmente el beneficio, la elegibilidad y otras limitaciones, términos y condiciones del programa, tal y como se establece en el presente documento.
- La disponibilidad del Producto en virtud del Programa no está condicionada a ninguna compra pasada, presente o futura, incluida cualquier posible renovación futura del Producto.
- La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA") de 1996 otorga a las personas derechos relacionados con su Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI). En la medida en que LEO Pharma reciba PHI sobre usted, la utilizaremos y divulgaremos de acuerdo con la autorización del paciente que usted (o su representante legal) haya completado para su HCP en relación con el Programa Adbry Advocate de LEO Pharma. Para obtener más información sobre cómo su HCP usa y divulga su PHI, consulte el Aviso de prácticas de privacidad de su HCP. En la medida en que LEO Pharma recopile datos personales sobre usted que no sean PHI, utilizaremos y divulgaremos dichos datos personales tal y como se divulgan en nuestra política de privacidad, disponible en Política de privacidad | LEO Pharma (leo-pharma.us). Al participar en el Programa Adbry Advocate de LEO Pharma, usted reconoce que podemos recopilar información médica sobre usted, que puede ser considerada "sensible" según algunas leyes estatales de EE. UU. Además, si usted es padre/madre o tutor de un menor que participa en el programa, reconoce que podemos recopilar datos sobre el menor participante, que también se pueden considerar datos "sensibles" según algunas leyes estatales de los EE. UU.
- Oferta nula donde la ley lo prohíba, sujeta a impuestos o restringida.
- LEO Pharma tiene discreción exclusiva para determinar la elegibilidad del Programa.
- LEO Pharma podrá cambiar, modificar o finalizar los beneficios y criterios de elegibilidad del Programa 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 Adbry® (tralokinumab-ldrm) (el "Producto"). LEO Pharma patrocina los programas de acceso de pacientes Adbry® Advocate™ ("Adbry Advocate"), que son operados por el proveedor de servicios designado de LEO Pharma ("Proveedor de servicio LEO"). El propósito de Adbry Advocate es ayudar a garantizar que los pacientes médicamente adecuados tengan acceso a la medicación que les ha recetado su proveedor de atención médica (cada uno de ellos un "HCP" [healthcare providers, por sus siglas en inglés]).

Una de las ofertas disponibles para el beneficio de los pacientes bajo Adbry Advocate es el Programa Adbry® Rapid Access™ (el "Programa"). En virtud del Programa, Adbry Advocate proporcionará la dosis (o carga) inicial del Producto, de acuerdo con la información de receta del Producto, sin cargo, a pacientes con seguro comercial a quienes se les haya recetado el Producto para un uso aprobado y que cumplan con los criterios de elegibilidad del Programa. Un paciente o su representante legal puede inscribirse en el Programa completando, firmando y enviando la parte correspondiente del Formulario de receta e inscripción en el Programa Adbry Advocate. Un HCP puede recetar la dosis inicial del Producto completando, firmando y enviando la parte correspondiente del Formulario de inscripción y receta que incluye una receta para el Producto que procesará una farmacia dispensadora no comercial (non-commercial dispensing pharmacy, NCDP) afiliada al Proveedor de servicios LEO. Como alternativa, el HCP de un paciente puede recetar electrónicamente el producto directamente a la NCDP, siempre que el HCP haya completado, firmado y enviado un Formulario de certificación anual del programa de receta electrónica para proveedores de atención médica. Si el HCP receta electrónicamente directamente el Producto a la NCDP, el paciente o su representante legal debe completar, firmar y enviar una autorización del paciente y cualquier otra información razonablemente solicitada por el Programa para que Adbry Advocate verifique la elegibilidad y para que el paciente reciba asistencia en virtud del Programa.

Después de que la NCDP reciba la receta y de que se verifique la elegibilidad del paciente para el Programa, el Producto podrá entregarse al consultorio del HCP que lo recete. Como alternativa, si: a) el HCP decide que el paciente o el cuidador puede inyectar correctamente el Producto; y b) el paciente o el cuidador reciben formación sobre la preparación e inyección adecuadas del Producto, el Producto puede entregarse a la dirección del paciente u otra ubicación acordada mutuamente por Adbry Advocate y el paciente o el cuidador del paciente. En el caso de que se entregue en el consultorio del HCP, el Producto puede entregarse normalmente en tan solo cuarenta y ocho (48) horas. En caso de entrega a la dirección registrada del paciente u otra ubicación mutuamente acordada, Adbry Advocate coordinará el envío del Producto, lo que puede extender el tiempo de entrega. El producto se dispensará de la NCDP mediante entrega al día siguiente.

Requisitos de elegibilidad y limitaciones

- Los pacientes que hayan iniciado la terapia con muestras no son elegibles para el Producto del programa de acceso rápido.
- El paciente debe tener 12 años o más y una receta válida para un uso autorizado del Producto.
- El paciente debe ser residente en los Estados Unidos o Puerto Rico.
- El paciente debe tener un seguro comercial, ya sea directamente o a través de una cobertura dependiente.
- El paciente no debe tener cobertura de medicamentos recetados para el Producto, en su totalidad o en parte, directamente o a través de la cobertura de dependientes, en virtud de cualquier programa de salud federal o estatal que sea un "programa de atención médica federal", tal como se define en 42 U.S.C. § 1320a-7b(f), incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, TRICARE, el Servicio Indio de Salud, el Programa de Beneficios para la Salud del Departamento de Asuntos de Veteranos, Programa de Seguros de Salud Infantil estatal en virtud del Título XIX o el Título XXI de la Ley de Seguridad Social, programas estatales de subvenciones en bloque bajo el Título V o Título XX de la Ley de Seguridad Social, o programas estatales de asistencia farmacéutica. Este Programa no está disponible para pacientes dentro de un deducible o períodos de costos compartidos similares bajo dichos programas federales de atención médica.
- Los pacientes no asegurados y que pagan en efectivo no son elegibles.

Términos y condiciones adicionales

- Bueno solo para la dosis inicial. Límite de un envío de Producto por paciente elegible.
- El Programa no constituye un seguro.
- El suministro de la dosis inicial del Producto no constituye ninguna garantía de cobertura bajo ningún seguro o programa de beneficios con receta.
- Al enviar una solicitud del Producto en virtud del Programa o al participar en el Programa, el HCP reconoce y acepta que el HCP: (1) no presentará ninguna reclamación u otra solicitud de pago o reembolso de Productos proporcionados en virtud del Programa al paciente o a cualquier plan o programa de terceros, incluido cualquier programa de asistencia comercial o gubernamental; (2) informará al paciente que el paciente no puede presentar una reclamación a ningún plan o programa de terceros, pero debe informar de su recepción del Producto a la aseguradora del paciente si así lo requiere su plan; (3) dispensará o administrará el Producto únicamente al paciente elegible para quien se solicitó dicho Producto; y (4) no venderá, transferirá ni distribuirá de otro modo el Producto a ningún otro tercero.
- Al enviar una solicitud del Producto en virtud del Programa o al participar en el Programa, el paciente (o su representante legal) reconoce y acepta que el paciente: (1) no presentará ninguna reclamación u otra solicitud de pago o reembolso del Producto proporcionado en virtud del Programa a cualquier plan o programa de terceros, incluido cualquier programa de asistencia comercial o gubernamental; (2) informará de su recepción del Producto a su aseguradora si así lo requiere su plan; y (3) no venderá, transferirá ni distribuirá de otro modo el Producto a ningún otro tercero.
- La NCDP solo dispensa el Producto de conformidad con los programas de acceso de pacientes Adbry Advocate. Las recetas de productos sujetas a un seguro de terceros, incluidas las recetas de recargas, pueden ser dispensadas por la farmacia de elección del paciente, sujeto a la distribución del producto y a las limitaciones de los pagadores externos.
- Los pacientes y/o sus HCP deben enviar la información y/o documentación completa requerida en virtud del Programa y dar fe de la veracidad y exactitud de la información y/o documentación.
- Al enviar una solicitud del Producto en virtud del Programa o al participar en el Programa, el paciente (o su representante legal) y el HCP reconocen, comprenden y aceptan individualmente el beneficio, la elegibilidad y otras limitaciones, términos y condiciones del programa, tal y como se establece en el presente documento.
- La disponibilidad del Producto en virtud del Programa no está condicionada a ninguna compra pasada, presente o futura, incluida cualquier posible renovación futura del Producto.
- La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA") de 1996 otorga a las personas derechos relacionados con su Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI). En la medida en que LEO Pharma reciba PHI sobre usted, la utilizaremos y divulgaremos de acuerdo con la autorización del paciente que usted (o su representante legal) haya completado para su HCP en relación con el Programa Adbry Advocate de LEO Pharma. Para obtener más información sobre cómo su HCP usa y divulga su PHI, consulte el Aviso de prácticas de privacidad de su HCP. En la medida en que LEO Pharma recopile datos personales sobre usted que no sean PHI, utilizaremos y divulgaremos dichos datos personales tal y como se divulgan en nuestra política de privacidad, disponible en Política de privacidad | LEO Pharma (leo-pharma.us). Al participar en el Programa Adbry Advocate de LEO Pharma, usted reconoce que podemos recopilar información médica sobre usted, que puede ser considerada "sensible" según algunas leyes estatales de EE. UU. Además, si usted es padre/madre o tutor de un menor que participa en el programa, usted (o su representante legal) reconoce que podemos recopilar datos sobre el menor participante, que también se pueden considerar datos "sensibles" según algunas leyes estatales de los EE. UU.
- Oferta nula donde la ley lo prohíba, sujeta a impuestos o restringida.
- LEO Pharma tiene discreción exclusiva para determinar la elegibilidad del Programa.
- LEO Pharma podrá cambiar, modificar o finalizar los beneficios y criterios de elegibilidad del Programa en cualquier momento y sin previo aviso.

Programa de asistencia al paciente de Adbry®: resumen del programa y términos y condiciones

LEO Pharma, Inc. ("LEO Pharma") es el distribuidor de la inyección Adbry® (tralokinumab-ldrm) (el "Producto"). LEO Pharma patrocina los programas de acceso de pacientes Adbry® Advocate™ ("Adbry Advocate"), que son operados por el proveedor de servicios designado de LEO Pharma ("Proveedor de servicio LEO"). El propósito de Adbry Advocate es ayudar a garantizar que los pacientes médicamente adecuados tengan acceso a la medicación que les ha recetado su proveedor de atención médica (cada uno de ellos un "HCP" [healthcare providers, por sus siglas en inglés]).

Una de las ofertas disponibles para el beneficio de los pacientes bajo Adbry Advocate es el Programa de asistencia al paciente de Adbry® (el "Programa" o "PAP"). En virtud del Programa, Adbry Advocate proporcionará el Producto, de forma gratuita, a los pacientes que: a) demuestren necesidad financiera; y b) no tengan seguro para el Producto o que no tengan un seguro, y que cumplan de otro modo los requisitos de elegibilidad para el Programa. Adbry Advocate proporcionará el Producto de forma gratuita a los pacientes elegibles de forma periódica y coherente con la información de receta del Producto. Un paciente o su representante legal puede inscribirse en el Programa completando, firmando y enviando la parte correspondiente del Formulario de receta e inscripción en el Programa Adbry Advocate. Un HCP puede recetar el Producto completando, firmando y enviando la parte correspondiente del Formulario de inscripción y receta que incluye una receta para el Producto que procesará una farmacia dispensadora no comercial (non-commercial dispensing pharmacy, NCDP) afiliada al Proveedor de servicios LEO. Como alternativa, el HCP de un paciente puede recetar electrónicamente el producto directamente a la NCDP, siempre que el HCP haya completado, firmado y enviado un Formulario de certificación anual del programa de receta electrónica para proveedores de atención médica. Si el HCP receta electrónicamente directamente el Producto a la NCDP, el paciente o su representante legal debe completar, firmar y enviar una autorización del paciente y cualquier otra información razonablemente solicitada por el Programa para que Adbry Advocate verifique la elegibilidad y para que el paciente reciba asistencia en virtud del Programa. Un paciente que solicite asistencia en virtud del PAP (o su representante legal) también debe enviar información y documentación sobre el tamaño del hogar y la situación de ingresos y seguros para permitir que Adbry Advocate evalúe la elegibilidad del paciente en virtud del Programa.

Después de que la NCDP reciba la receta y de que se verifique la elegibilidad del paciente para el Programa, el Producto podrá entregarse al consultorio del HCP que lo recete. Como alternativa, si: a) el HCP decide que el paciente o el cuidador puede inyectar correctamente el Producto; y b) el paciente o el cuidador reciben formación sobre la preparación e inyección adecuadas del Producto, el Producto puede entregarse a la dirección del paciente u otra ubicación acordada mutuamente por Adbry Advocate y el paciente o el cuidador del paciente. En caso de entrega a la dirección registrada del paciente u otra ubicación mutuamente acordada, Adbry Advocate coordinará el envío del Producto, lo que puede extender el tiempo de entrega. El producto se dispensará de la NCDP mediante entrega al día siguiente.



Esta página debe proporcionarse al paciente o al representante legal antes de completar el formulario.

Programa de asistencia al paciente de Adbry®: resumen del programa y términos y condiciones (cont.)

Requisitos de elegibilidad y limitaciones

- El paciente debe tener 12 años o más y una receta válida para el Producto.
- El paciente debe ser residente en los Estados Unidos o Puerto Rico.
- Los ingresos familiares anuales del paciente deben ser inferiores o iguales al 600 % del nivel federal de pobreza para el tamaño del hogar aplicable.
- El paciente: (a) tiene cobertura Medicare Part D y ha solicitado y se le ha negado el Subsidio por Bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS) de la Administración del Seguro Social y cumple con las condiciones adicionales a continuación; o (b) no tiene cobertura de seguro, no tiene beneficios para medicamentos recetados, o el plan de seguro del paciente ha negado formalmente la cobertura del Producto a través de una póliza de cobertura escrita o una decisión escrita como parte de una consulta de beneficios o un proceso de autorización previa y ha proporcionado una copia de la denegación.
- El paciente no debe tener cobertura de seguro para el Producto, en su totalidad o en parte, directamente o a través de la cobertura de dependientes, en virtud de cualquier programa de salud federal o estatal subsidiado por el gobierno que sea un "programa de atención médica federal", tal como se define en 42 U.S.C. § 1320a-7b(f), incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, TRICARE, el Servicio Indio de Salud, los Beneficios para la Salud del Departamento de Asuntos de Veteranos, Programa de Seguros de Salud Infantil estatal en virtud del Título XIX o el Título XXI de la Ley de Seguridad Social, programas estatales de subvenciones en bloque bajo el Título V o Título XX de la Ley de Seguridad Social, o programas estatales de asistencia farmacéutica, excepto que, si el paciente está inscrito en Medicare Part D, el paciente puede ser elegible si solicitó y se le negó el LIS y cumple con las condiciones adicionales a continuación. Este Programa no está disponible para pacientes dentro de un deducible o períodos de costos compartidos similares bajo dichos programas federales de atención médica.
- Si el paciente está inscrito en Medicare Part D y se le ha denegado el SIL, el paciente está sujeto a las siguientes condiciones adicionales para recibir asistencia en virtud del Programa: (1) el paciente no presentará ninguna reclamación de reembolso del Producto a ningún tercero, incluido un plan Medicare Part D u otro plan o programa público o privado, durante el período de asistencia; (2) el costo del Producto no se aplicará a los costos de bolsillo reales de Medicare Part D del paciente; (3) el paciente debe informar de su plan Medicare Part D sobre la inscripción en el Programa y que el paciente recibirá el Producto de forma gratuita en virtud del Programa durante el resto del año de cobertura; (4) el paciente debe gastar al menos el cuatro por ciento (4 %) de sus ingresos familiares anuales en medicamentos con receta cubiertos a través del plan Part D en el año natural actual; y (5) el paciente debe recibir el Producto gratuito a través del Programa hasta el final del año natural en el que se proporciona la asistencia por primera vez, incluso si el uso del producto por parte del paciente es periódico durante el año.
- Los pacientes elegibles sin cobertura Medicare Part D recibirán hasta doce (12) meses de Producto sin cargo a partir de la fecha de inscripción. Los pacientes elegibles con cobertura Medicare Part D recibirán el Producto hasta el final del año de cobertura. Se requiere reinscripción anual.
- Si el paciente puede ser elegible para Medicaid, ya sea directamente o a través de una cobertura dependiente, el paciente (o su representante legal) deberá proporcionar documentación de denegación de Medicaid antes de ser evaluado para determinar la elegibilidad para el Programa.

Términos y condiciones adicionales

- El Programa no constituye un seguro.
- El suministro del Producto no constituye ninguna garantía de cobertura bajo ningún seguro o programa de beneficios con receta.
- Al enviar una solicitud del Producto en virtud del Programa o al participar en el Programa, el HCP reconoce y acepta que el HCP: (1) no presentará ninguna reclamación u otra solicitud de pago o reembolso de Productos proporcionados en virtud del Programa al paciente o a cualquier plan o programa de terceros, incluido cualquier programa de asistencia comercial o gubernamental; (2) informará al paciente que el paciente no puede presentar una reclamación a ningún plan o programa de terceros, pero debe informar de la aseguradora del paciente si así lo requiere su plan; (3) dispensará o administrará el Producto únicamente al paciente elegible para quien se solicitó dicho Producto; y (4) no venderá, transferirá ni distribuirá de otro modo el Producto a ningún otro tercero.
- Al enviar una solicitud del Producto en virtud del Programa o al participar en el Programa, el paciente (o su representante legal) reconoce y acepta que el paciente: (1) no presentará ninguna reclamación u otra solicitud de pago o reembolso del Producto proporcionado en virtud del Programa a cualquier plan o programa de terceros, incluido cualquier programa de asistencia comercial o gubernamental; (2) informará de su recepción del Producto a su aseguradora si así lo requiere su plan; y (3) no venderá, transferirá ni distribuirá de otro modo el Producto a ningún otro tercero.
- La NCDP solo dispensa el Producto de conformidad con los programas de acceso de pacientes Adbry Advocate. Las recetas de productos sujetas a un seguro de terceros, incluidas las recetas de recargas, pueden ser dispensadas por la farmacia de elección del paciente, sujeto a la distribución del producto y a las limitaciones de los pagadores externos.
- Los pacientes y/o sus HCP deben enviar la información y/o documentación completa requerida en virtud del Programa y dar fe de la veracidad y exactitud de la información y/o documentación.
- Al enviar una solicitud del Producto en virtud del Programa o al participar en el Programa, el paciente (o su representante legal) y el HCP reconocen, comprenden y aceptan individualmente el beneficio, la elegibilidad y otras limitaciones, términos y condiciones del programa, tal y como se establece en el presente documento.
- La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA") de 1996 otorga a las personas derechos relacionados con su Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI). En la medida en que LEO Pharma reciba PHI sobre usted, la utilizaremos y divulgaremos de acuerdo con la autorización del paciente que usted (o su representante legal) haya completado para su HCP en relación con el Programa Adbry Advocate de LEO Pharma. Para obtener más información sobre cómo su HCP usa y divulga su PHI, consulte el Aviso de prácticas de privacidad de su HCP. En la medida en que LEO Pharma recopile datos personales sobre usted que no sean PHI, utilizaremos y divulgaremos dichos datos personales tal y como se divulgan en nuestra política de privacidad, disponible en Política de privacidad | LEO Pharma (leo-pharma.us). Al participar en el Programa de Defensores Adbry de LEO Pharma, usted (o su representante legal) reconoce que podemos recopilar información médica sobre usted, que puede ser considerada "sensible" según algunas leyes estatales de EE. UU. Además, si usted es padre/madre o tutor de un menor que participa en el programa, reconoce que podemos recopilar datos sobre el menor participante, que también se pueden considerar datos "sensibles" según algunas leyes estatales de los EE. UU.
- La disponibilidad del Producto en virtud del Programa no está condicionada a ninguna compra pasada, presente o futura, incluida cualquier posible renovación futura del Producto.
- Oferta nula donde la ley lo prohíba, sujeta a impuestos o restringida.
- LEO Pharma tiene discreción exclusiva para determinar la elegibilidad del Programa.
- LEO Pharma podrá cambiar, modificar o finalizar los beneficios y criterios de elegibilidad del Programa en cualquier momento y sin previo aviso.

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

Entiendo que estoy proporcionando "instrucciones escritas" autorizando a LEO Pharma y a sus proveedores, en virtud de la Ley de Informe Justo de Crédito (Fair Credit Reporting Act, 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. Entiendo que debo aceptar afirmativamente estos términos para poder continuar con este proceso de selección financiera.

Consentimiento TCPA

Doy mi consentimiento para recibir llamadas y mensajes de texto de y en nombre de LEO Pharma realizados con un marcador automático o voz pregrabada, a los números de teléfono proporcionados. Entiendo que mi consentimiento no es necesario o una condición de compra. El número de mensajes variará en función de las selecciones de mi programa, y es posible que reciba hasta 5 mensajes por semana. También entiendo que pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos, y que puedo enviar un mensaje de texto con la palabra STOP para cancelar mi suscripción y HELP para obtener ayuda.

