

**INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR****(Para ser completado por el proveedor ÚNICAMENTE)**

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Número de licencia estatal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Indique la dirección de envío si es diferente al domicilio indicado anteriormente:**

Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

**Indique si su entorno clínico es (marque todas las que correspondan):**

- Título X
- Clínica de Salud Pública (Estado, Ciudad, Condado)
- Consulta médica privada
- Hospital
- Otro \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Selección del producto (elija uno):**

- Mirena®       Skyla®

**Cantidad: Toma de 1 unidad: Como se indica Recargas: 0****DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL PROVEEDOR**

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información brindada en esta solicitud es correcta y completa, y que este paciente no tiene Medicaid ni ninguna otra forma de seguro ni otros medios para obtener Mirena® o Skyla®. Entiendo que el paciente debe calificar financieramente y cumplir con los criterios de elegibilidad del programa para recibir asistencia.

También entiendo que Bayer se reserva el derecho en cualquier momento, y sin previo aviso, de modificar el formulario de solicitud; de modificar o suspender este programa y sus requisitos de elegibilidad; o de interrumpir la asistencia. También entiendo que el producto que recibo no es una muestra y que Mirena® o Skyla® no se le cobrará a ningún tercero pagador; se revenderá ni se ofrecerá a la venta, comercio o trueque; y no será devuelto para crédito. Mi firma a continuación confirma que Mirena® o Skyla® se proveerá de manera gratuita a este paciente según se considere médicamente adecuado.

Firma del proveedor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE****(Para ser completado por el paciente ÚNICAMENTE)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

Alergia a fármacos (si la hubiera) \_\_\_\_\_

**COBERTURA Y SEGURO**

¿Tiene usted Medicaid?

- SÍ       NO

¿Tiene alguna otra forma de cobertura de seguros pública o privada?

- SÍ       NO

Si la respuesta es Sí, explique por qué no puede obtener Mirena® o Skyla® a través de ese seguro e indique las medidas que ha tomado para obtener la cobertura:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN FINANCIERA**Ingreso familiar anual actual: \$ \_\_\_\_\_

Cantidad de integrantes de la familia que dependen de los ingresos mencionados anteriormente (incluido el solicitante) \_\_\_\_\_

**Constancia de ingresos: Marque una de las siguientes casillas**

- Documentación de respaldo del ingreso reportado adjunta con la solicitud:
- \_\_\_\_\_

o

- Certificación del proveedor de atención médica o administrador **(se requiere la firma a continuación)**

**CERTIFICACIÓN DE LA CONSTANCIA DE INGRESOS**

En lugar de incluir la documentación de la constancia de ingresos, se puede presentar la certificación de un proveedor de atención médica a continuación.

Certifico que he revisado la documentación de respaldo del ingreso familiar anual del paciente reportado anteriormente.

Firma del administrador \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

- Dirjase a la página 2 para que el paciente revise y firme
- No olvide incluir la documentación de la constancia de ingresos (no es necesaria si el proveedor de atención médica o administrador completa la sección de la certificación de la constancia de ingresos que figura más arriba)



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que la información provista en esta solicitud y en una fecha posterior es completa y precisa. Certifico que no tengo otros medios para obtener Mirena® o Skyla® bajo Medicaid ni ningún otro tipo de seguro ni cobertura médica. Entiendo que el hecho de recibir asistencia dependerá de mi capacidad para cumplir con los requisitos de elegibilidad para el programa ARCH. También entiendo que Bayer se reserva el derecho en cualquier momento, y sin previo aviso, de modificar el formulario de solicitud; de modificar o suspender este programa y sus requisitos de elegibilidad; o de interrumpir la asistencia. Por la presente autorizo el uso y/o la divulgación de mi información médica privada, que se describe a continuación, la que incluye "Información Médica Protegida" (Protected Health Information, PHI) según se define en la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996, con sus modificaciones. En términos generales, comprendo que la Información Médica Protegida es información médica que me identifica o que podría utilizarse razonablemente para identificarme. Comprendo que esta autorización es voluntaria.

Autorizo a los proveedores de atención médica que me brindan tratamiento o me proporcionan servicios de atención médica, incluidos mis médicos y farmacias, y a mi(s) asegurador(es) médico(s), a compartir o divulgar mi nombre, dirección y número de teléfono junto con ciertos registros médicos y seguros e información financiera con respecto a mi tratamiento, mi elegibilidad para el seguro o asistencia al paciente, la coordinación de mi tratamiento, incluida la programación, la solicitud, y el recibo de Mirena o Skyla y mi participación en el Programa ARCH (el "Programa") a Bayer y sus representantes según se considere necesario para garantizar que esta solicitud sea precisa y completa. Estos representantes incluyen una compañía que es un contratista administrativo que administra el Programa, el proveedor que despacha Mirena o Skyla, y una compañía de análisis de datos que analiza y produce informes de datos agregados (conjuntamente denominadas "Bayer"). Comprendo que ciertos proveedores de atención médica, pueden recibir pago u otra forma de remuneración de Bayer en relación al uso y la divulgación de mi PHI según lo descrito en esta autorización.

Permito el uso y la divulgación de mi PHI para los siguientes fines: (1) para verificar mi información financiera o de seguros; (2) para garantizar que el formulario de inscripción del Programa sea completo y preciso; (3) para asistir con mis preguntas sobre el reembolso; (4) para ver si califico para asistencia al paciente o asistencia de copago o para derivar mi caso o determinar mi elegibilidad para otros programas, fundaciones o fuentes alternativas de financiamiento o cobertura para ayudarme con los costos para conseguir Mirena o Skyla; (5) para coordinar mis consultas médica de Mirena o Skyla; (6) para enviarme material educativo, u otra información del Programa que pueda ser de mi interés; (7) con fines comerciales, incluso para comprender de qué manera se usan Mirena o Skyla entre los proveedores de atención médica y otra investigación de mercado; (8) para administrar la provisión y disponibilidad de Mirena o Skyla; y (9) para cumplir con la ley vigente.

Entiendo que cualquier información personal que aparece en esta solicitud no será utilizada para ningún fin distinto de los descritos anteriormente, a menos que

- Yo brinde consentimiento escrito, o
- sea necesario o en la medida en que lo permita la ley, y
- mi nombre y toda otra información que me identifique sea eliminada.

Esta autorización vence al final de mi participación en el Programa o 3 años después de la fecha de mi firma (o antes si así lo requiere la ley estatal), lo que ocurra primero. Puedo retirar (es decir, cancelar) esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida que mi proveedor de atención médica o asegurador de plan médico haya tomado medidas en función de mi autorización. Comprendo que si revoco esta autorización, esto no tendrá ningún efecto en ninguna de las acciones que mis proveedores de atención médica o mi plan médico hayan realizado antes de recibir la revocación, y no afectará a la capacidad de Bayer para usar y divulgar cualquier información que ya haya recibido. Puedo retirar esta autorización mediante el envío de una solicitud por escrito al Programa ARCH, PO Box 29061, Phoenix, AZ 85038, o enviando un pedido por fax al 1-877-229-1421.

También comprendo que es posible que las personas o entidades que reciban mi PHI conforme a esta autorización no estén obligadas por las leyes de privacidad (como la Ley de privacidad HIPAA) a proteger la información y que es posible que la compartan con otras personas sin mi autorización si así lo permiten las leyes que les corresponden.

Mis proveedores de atención médica y asegurador de plan médico no supeditarán mi tratamiento médico o su pago, la inscripción en el seguro ni la elegibilidad para los beneficios del seguro a que yo firme este formulario. No obstante, si al solicitarla no se brindara mi información personal, Bayer no podría determinar mi elegibilidad para participar en el Programa y por lo tanto no sería capaz de participar. He leído esta autorización o me han leído su contenido. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre los usos y las divulgaciones de la PHI descrita anteriormente y todas ellas han sido respondidas a mi entera satisfacción. Autorizo el uso y la divulgación de mi información como se describe en este formulario. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Si firma el representante del paciente, brinde una descripción de la relación del representante con el paciente y la autoridad de esa persona de actuar en representación del paciente

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: Los materiales en esta transmisión son privados y pueden contener Información Médica Protegida. Si usted no es el destinatario previsto, tenga en cuenta que cualquier uso no autorizado, divulgación, copia, distribución o realización de cualquier acción basada en el contenido de esta información está estrictamente prohibido. Si ha recibido esta transmisión por error, por favor regrese la información inmediatamente al remitente y elimínela o destrúyala sin leerla.



## Requisitos de elegibilidad

El paciente debe cumplir con todos los siguientes requisitos de elegibilidad del programa ARCH:

- ✓ El paciente no tiene acceso a la cobertura de seguro privado o público para Mirena® o Skyla®
- ✓ El paciente cumple con los criterios financieros para la asistencia del Programa ARCH, y presenta documentación de respaldo que prueba el ingreso reportado
- ✓ El paciente reside en los Estados Unidos, Puerto Rico, Guam o las Islas Vírgenes de los EE. UU., y se encuentra bajo tratamiento ambulatorio de un proveedor de atención médica calificado, autorizado por los EE. UU.
- ✓ Ambos, el paciente y el proveedor deben completar y firmar el formulario de solicitud de ARCH (revisado en 2/2015); los formularios pueden ser presentados por fax o por correo

Tenga en cuenta que la elegibilidad por bajos ingresos se calcula en función de un porcentaje del Límite federal de pobreza (Federal Poverty Limit) y del tamaño del hogar. Los requisitos de elegibilidad específicos no se divulgan públicamente y están sujetos a cambios sin previo aviso. Todas las solicitudes se revisan caso por caso.

## Requisitos de la Prueba de ingreso familiar anual

Además del formulario de solicitud, se necesita la prueba de ingreso familiar anual. Esta se puede presentar ya sea enviando una forma aceptable de documentación al programa de ARCH, o a un proveedor de atención médica o administrador que certificará que el ingreso del paciente como se informa en el formulario de solicitud de ARCH es preciso.

Las formas aceptables de documentación incluyen (presentar una de las siguientes):

- Declaración de impuestos federales para el año fiscal anterior; o
- Declaración del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS) estableciendo que el paciente no declara impuestos; o
- Recibos de sueldo de los miembros del hogar que representen 4 semanas consecutivas de sueldos pagados dentro de los últimos 6 meses; o
- Una carta de medios de subsistencia (es decir, cupones alimentarios, ayuda para la vivienda, o cualquier otra asistencia recibida); o
- Una declaración firmada por el paciente, que indique que no cuenta con una fuente de ingresos.

En lugar de enviar su documentación al programa ARCH, los pacientes podrían solicitar en cambio, que un proveedor de atención médica o administrador certifique que el informe de su ingreso es preciso, presentando la siguiente información en el formulario de solicitud:

- Firma, nombre y título del proveedor o administrador de atención médica, [ver Formulario de solicitud de ARCH, sección de Información financiera], que certifique que el informe del ingreso del paciente es preciso, en función de la revisión de la documentación de ingresos de esa persona, como se describe anteriormente.

Si tiene alguna pregunta sobre cualquiera de los requisitos mencionados, comuníquese con alguno de los coordinadores de casos del programa ARCH al 1-877-393-9071.

## Proceso de solicitud

Una vez que el formulario de solicitud completo y firmado se ha presentado, incluyendo la prueba de ingresos (ya sea documentación o certificación, tal como se describe más arriba), los coordinadores de casos del programa ARCH revisarán la solicitud y luego notificarán los resultados tanto al proveedor como al paciente.

Si se aprueba la solicitud, se enviará una unidad del producto directamente al domicilio de envío del centro, provisto en el formulario de solicitud. Si la solicitud estuviera incompleta, los coordinadores del programa ARCH intentarán contactar al paciente y al proveedor para solicitar la información que falte. Si la solicitud fuera rechazada, se brindará una razón. El paciente puede volver a presentar la solicitud si hubiera un cambio en las circunstancias relevantes.

Deje pasar hasta 5 días hábiles para recibir una respuesta, desde el momento que se presenta la solicitud. Si dentro de este plazo no hubiera recibido respuesta, póngase en contacto con el programa ARCH al 1-877-393-9071.