

Waylis: Acceso y Asequibilidad para los Pacientes

Programa de Asistencia al Paciente

POR FAVOR NO ENVÍE ESTA PÁGINA DE POR FAX

INSTRUCCIONES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

- La solicitud debe ser completada, firmada y fechada por el profesional médico y por el paciente.
- El paciente debe presentar uno de los siguientes documentos de prueba de residencia en EE.UU.:
 1. Permiso de conducir válido o documento de identidad expedido por el gobierno de Estado Unidos
 2. Pasaporte Vigente
 3. Tarjeta de identificación de veterano o militar activo
 4. Carta de evidencia de beneficios Seguro Social
- El paciente debe presentar uno de las siguientes evidencias de ingresos:
 1. Certificación de cubierta active de Medicaid obtenida del proveedor (plan) de Medicaid o del portal de elegibilidad de Medicaid del medico
 2. Declaración de Impuesto Federal sobre la Renta (formulario 1040 o 1040EZ) con el anejo correspondiente (C y/o F)
 3. Formulario 1099 del impuesto federal sobre la renta
 4. Declaración anual de beneficios (SSA, 1099, etc.)
 5. Carta de adjudicación
 6. Estados bancarios que muestren cualquier depósito directo correspondiente al año en curso
 7. Un mínimo de 3 talonarios de evidencia de sueldo actual

ELIGIBILIDAD Y REQUISITOS

- El medicamento no puede estar cubierto por un plan de seguro financiado por el gobierno o comercial.
- El ingresos familiar anual del paciente debe ser igual o inferior al 500% del nivel federal de pobreza actual.
- El paciente debe residir en Estados Unidos o sus territorios.

INFORMACION GENERAL SOBRE EL PROGRAMA

- El medicamento solicitado se puede enviar al domicilio del paciente o al consultorio del médico que lo prescribe previa solicitud.
- La inscripción al Programa de Asistencia al Paciente (PAP) solo está disponible para pacientes que cumplan con los requisitos de elegibilidad del programa Y sus plan de seguro privado o financiado por el gobierno no cubre el medicamento en cuestión.
- Antes de que el paciente deba renovar anualmente, el profesional de la salud y el paciente deben firmar y enviar una nueva solicitud.

Para obtener ayuda con la inscripción al programa, comuníquese con el programa de Asistencia al Paciente de WAYLIS en:

(888) 218-8897

LISTA DE VERIFICACION DEL PACIENTE

- | | | |
|--|----|----|
| • El paciente o su cuidador han proporcionado toda la información solicitada en los pasos 1 y 2. | Sí | No |
| • El paciente o el cuidador del paciente tiene y proveerá documentación de residencia en los EE.UU. | Sí | No |
| • El paciente o el cuidador del paciente posee y proporcionará la documentación requerida de prueba ingresos. | Sí | No |
| • Al firmar la solicitud, certifico que he leído y acepto los términos de la declaración del paciente en la página 6. | Si | No |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si responde "NO" a la prueba de ingresos, contacte el programa WAYLIS de apoyo a la asistencia al paciente al: | | |

(888) 218-8897

Si el Paciente tiene cobertura de plan médico, por favor proporcione una copia de sus tarjetas de seguro (ambos lados).

LISTA DE VERIFICACION PARA PROFESIONALES DE SALUD

- | | | |
|--|----|----|
| • El profesional de salud proporcionó la información completa solicitada en el PASO 3 y el PASO 4. | Sí | No |
| • Al firmar la solicitud, certifico que he leído y acepto los términos de la autorización del Medico en la página 6. | Si | No |

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE (PAP) DE WAYLIS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD

NO ENVÍE ESTA PÁGINA: ES SÓLO PARA REGISTROS DE PACIENTE Y PROVEEDOR

Lea, firme y feche en la página 6, Sección del Paciente (PASO 2)

Certifico que:

- La información en este formulario es correcta y completa, incluidas todas las copias de los documentos que prueban mis ingresos y, a mi leal saber y entender, cumpla con los requisitos de elegibilidad para recibir asistencia al paciente y he cumplido con todos los requisitos para la presentación de la solicitud.
- Estoy completando esta solicitud voluntariamente. Ni mi compañía de seguros ni ningún profesional no médico me han indicado que complete esta solicitud. Ningún tercero me ha ofrecido ningún beneficio financiero o de otro tipo para buscar asistencia del Programa de Asequibilidad y Acceso al Paciente de Waylis y no me han dicho que se me negará o retendrá algún beneficio (como la cobertura de seguro) si no lo hago. No complete esta solicitud.
- He completado esta solicitud yo mismo o con la ayuda de un representante legalmente autorizado (como un tutor), un familiar, un cuidador, un amigo, un proveedor de atención médica o un representante de una organización de pacientes. Si se brindó dicha asistencia, revisé la solicitud antes de enviarla a Waylis para asegurarme de que toda la información sea precisa y verdadera. Ningún otro tercero ha ayudado a completar esta solicitud.
- Los productos proporcionados bajo este programa de asistencia al paciente no se venderán ni comercializarán.
- Notificaré al Programa de Asistencia al Paciente Waylis Access & Affordability dentro de los treinta (30) días si hay algún cambio en mis ingresos o cobertura de seguro médico. Esto incluye un cambio en mi elegibilidad para participar en el programa Medicare debido a cambios en mi edad o estado de discapacidad o mi inscripción en la Parte D de Medicare.
- No intentaré reclamar ni presentar ningún costo asociado con los medicamentos que recibo bajo el Programa de Asistencia al Paciente Waylis Access & Affordability a ninguna persona o entidad.

Entiendo completamente que:

ProMod Rx es una farmacia independiente que administra el Programa de Asistencia al Paciente Waylis Access & Affordability para brindar asistencia en forma de medicamentos gratuitos médicamente necesarios a pacientes financieramente necesitados que no tienen otra forma de acceder a dichos medicamentos; ProMod Rx se basará en la información proporcionada en esta solicitud para determinar si soy elegible para recibir asistencia; la presentación a sabiendas de una solicitud que incluya información falsa para obtener asistencia podría constituir fraude; y Waylis tiene derecho a denunciar fraudes a las autoridades gubernamentales o emprender acciones legales para proteger sus activos de asistencia de actividades fraudulentas.

NO ENVÍE ESTA PÁGINA: ES SÓLO PARA REGISTROS DE PACIENTE Y PROVEEDOR

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE (PAP) DE WAYLIS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD (*cont'd*)

Autorizo las siguientes comunicaciones:

- Waylis o sus agentes se comunican con aseguradoras, otras posibles fuentes de financiamiento, incluidos los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, programas estatales de Medicaid u otras organizaciones benéficas, trabajadores sociales u organizaciones de defensa de pacientes en mi nombre para confirmar que no tengo activos mi cobertura de seguro o mi plan de seguro no cubre el medicamento recetado y revelarles la información contenida en mi solicitud del Programa o información sobre mis medicamentos recetados y mi condición médica que haya sido proporcionada por mi médico, proveedor de atención médica o farmacéutico.
- ProMod Rx o sus agentes se comunican conmigo para solicitar mi opinión sobre la calidad y eficacia del programa PAP Waylis Access & Affordability.
- La compañía que fabricó mi medicamento o sus agentes contactándose conmigo o con mi proveedor de atención médica para obtener información adicional, si es necesario, para evaluar cualquier evento adverso o queja sobre el producto que yo o mi proveedor hayamos informado en mi nombre.

Entiendo que Waylis PAP y los terceros asociados con la administración del Programa en nombre de Waylis (colectivamente, los "Administradores del Programa"):

- Reservarme el derecho sin previo aviso de cambiar el formulario de solicitud, cambiar el Programa o los criterios del Programa, o cancelar mi inscripción en cualquier momento;
- Puede solicitar y obtener información sobre mis ingresos o los de mi familia, incluida la verificación de mis ingresos o mi falta de cobertura de seguro, y que la información puede ser solicitada a mí, a otros que actúan en mi nombre o a fuentes de terceros;
- Puedo solicitar que vuelva a verificar mi elegibilidad para recibir medicamentos bajo el Programa.

Autorización del paciente para compartir información de salud: Al firmar en la página 2, por la presente autorizo:

- Mi(s) médico(s), farmacia y otros proveedores de atención médica ("Entidades") para revelar y compartir con Waylis, los Administradores del programa y sus afiliados, agentes, contratistas, representantes, proveedores de servicios y cesionarios ("Destinatarios de Waylis").), mi información de salud de identificación individual, que puede incluir mi nombre completo, información demográfica, información financiera e información relacionada con la condición médica, el tratamiento, la administración de la atención, el historial de medicamentos y las recetas (colectivamente, "Información de salud"), ya sea por escrito. o verbal, incluyendo partes de mi expediente médico.
- Que los Destinatarios de Waylis accedan, obtengan, utilicen, divulguen, reciban y mantengan mi Información de salud para fines de procesar esta Solicitud; verificar la información proporcionada en esta Solicitud; ayudar en la identificación o determinación de la elegibilidad según el Programa y otros recursos de asistencia al paciente; evaluar la elegibilidad para opciones de seguro gratuitas o de bajo costo, como Medicaid; coordinar la dispensación y entrega de medicamentos; evaluar y comunicar la disponibilidad de otros recursos de asistencia al paciente de terceros, incluidos los programas ofrecidos por la empresa que fabrica mi medicamento u organizaciones de pacientes que brindan una variedad de asistencia al paciente; auditoría para el cumplimiento de los requisitos del Programa; reemplazar con: realizar los servicios adicionales descritos anteriormente; ejecutar el Programa; y realizar otros fines comerciales internos.

NO ENVÍE ESTA PÁGINA: ES SÓLO PARA REGISTROS DE PACIENTE Y PROVEEDOR

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE (PAP) DE WAYLIS

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD *(cont'd)*

Además, al firmar en la página 6, entiendo y acepto que:

- Puedo negarme a firmar el formulario en la página 6. Esta autorización es voluntaria, pero si me niego a firmar este formulario, sé que esto significa que es posible que ya no sea elegible para recibir asistencia del Programa. Entiendo que mi(s) médico(s), farmacia y otros proveedores de atención médica no pueden condicionar la prestación de mi tratamiento o la cobertura de mis beneficios a mi firma de esta autorización.
- Es posible que la información médica divulgada bajo esta autorización ya no esté protegida por las leyes estatales y federales, incluida la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA).
- La información proporcionada en esta solicitud puede estar sujeta a auditorías y verificaciones aleatorias, y durante dichas auditorías y procesos de verificación, es posible que se me solicite documentación de respaldo adicional y cumpliré con dichas solicitudes.
- Puedo retirar mi autorización en cualquier momento enviando por correo un retiro por escrito a Waylis Therapeutics LLC en 2131 Felver Court Suite B, Rahway, NJ 07065; sin embargo, dicho retiro no tendrá impacto en ninguna acción que ya se haya tomado en base a esta autorización.
- Esta autorización durará hasta que ya no participe en el Programa o antes, según lo limiten las leyes federales y estatales aplicables.

NO ENVÍE ESTA PÁGINA: ES SÓLO PARA REGISTROS DE PACIENTE Y PROVEEDOR

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE (PAP) DE WAYLIS

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO: POLÍTICA DE PAP DE ACCESO Y ASEQUIBILIDAD DE WAYLIS Y ACUERDO DE TÉRMINOS Y CONDICIONES

Lea, firme y feche en la página 6, Información Profesional (PASO 4)

- La política del Programa PAP de Acceso y Asequibilidad de Waylis prohíbe a los Profesionales de la Salud (HCP) cobrar a los pacientes cualquier tarifa por la inscripción u otras actividades asociadas únicamente con la participación del paciente en el Programa de Asistencia al Paciente (“Programa”).
- Waylis solicita que los profesionales sanitarios no cobren al paciente por los servicios profesionales asociados con la administración del producto proporcionado por el programa PAP de Waylis si esos servicios no están cubiertos por la aseguradora de salud del paciente.
- No se podrá hacer ningún reclamo a ningún tercero pagador (por ejemplo, Medicaid, Medicare, seguro privado, etc.) por el pago del producto proporcionado bajo el Programa.
- Los productos proporcionados bajo el Programa no se pueden vender ni intercambiar y no se pueden devolver para obtener crédito.
- El programa Waylis PAP se limita a pacientes que reciben tratamiento de forma ambulatoria.
- Waylis y los proveedores asociados con la administración del Programa (colectivamente, los “Administradores del Programa”) se reservan el derecho de solicitar información adicional si es necesario y de cambiar o cancelar el Programa en cualquier momento, sin previo aviso.
- Waylis y los Administradores del programa se reservan el derecho de negarse a distribuir los medicamentos bajo este programa a cualquier paciente o centro en cualquier momento, sin previo aviso. Indique su aceptación de los términos de participación en el Programa JJPAF firmando en la(s) sección(es) de “Autorización HCP” para el(los) producto(s) que ha recetado.

Se requiere su firma para confirmar a Waylis:

- Existe una necesidad médica válida para la prescripción de este paciente.
- Autorizo a Waylis o sus compañías afiliadas o subcontratistas a transmitir la receta del paciente por cualquier medio conforme a la ley aplicable a una farmacia dispensadora en nombre del paciente.
- Autorizo a ProMod Rx a utilizar la información de mi proveedor, incluido el número de identificación nacional de proveedor, para determinar la elegibilidad de un paciente en el Programa.
- Que, hasta donde yo sé, este paciente no tiene cobertura de seguro para medicamentos recetados O su plan de seguro no cubre el medicamento recetado.
- No tengo prohibido participar en programas de atención médica estatales o financiados con fondos federales ni estoy en la Lista de personas/entidades excluidas que mantiene la Oficina del Inspector General del HHS.
- Que los medicamentos que me proporcione el Programa no serán proporcionados ni dispensados a ninguna otra persona.
- Tengo una copia firmada en el archivo de la autorización actual y completa de mi paciente para compartir información de salud de acuerdo con HIPAA, o cualquier otra autorización o consentimiento requerido por la ley, para que pueda compartir información de salud del paciente con el Programa, incluido Waylis. Destinatarios.
- Entiendo que la información proporcionada en esta solicitud puede estar sujeta a auditorías y verificaciones aleatorias y que, durante dichas auditorías y procesos de verificación, es posible que se me solicite documentación de respaldo adicional y cumpliré con dichas solicitudes. Además, entiendo que Waylis puede suspender el suministro de productos gratuitos a mis pacientes durante o como resultado de dichas auditorías.

NO ENVÍE ESTA PÁGINA: ES SÓLO PARA REGISTROS DE PACIENTE Y PROVEEDOR

Waylis: Acceso y Asequibilidad para los Pacientes

Programa de Asistencia al Paciente

Teléfono: (888) 218-8897 • Fax: (844) 470-1931

PASO 1 – INFORMACIÓN DEL PACIENTE – SER COMPLETADO POR EL PACIENTE O SU CUIDADOR

Nombre del paciente:		Inicial:	Apellido del paciente:		
Sexo:	Masculino Femenino	Estado civil:		S	C V D
Dirección:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Teléfono:		Fecha de nacimiento:		Número de Seguro Social:	
¿Es usted residente en USA?		Sí	No	¿Es usted veterano?	
				Sí	No
¿Es discapacitado? :		Sí No			
Ingreso familiar – bruto anual:			Número de personas en el hogar:		
Nombre de la persona de contacto:			Relación con el paciente:		
Para este programa se requiere la documentación de prueba de ingresos. Seleccione los documentos que desea presentar:					
Declaración de Impuesto Federal		Ingresos de Seguro Social		Estados bancarios/talonarios de cheques (mínimo 3)	
Confirmación de Medicaid activo desde el portal en línea		Otros:			

PASO 2 – INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL PACIENTE – DEBE SER COMPLETADA POR EL PACIENTE O SU CUIDADOR DEL PACIENTE

¿Qué tipo de seguro tiene?			
Empleador/Comercial	Medicare Advantage	Medicaid	No tiene seguro
Medicare Parte A/B	Medicare Parte D	Otros:	
Por cada póliza de seguro que tenga, adjunte una copia de su tarjeta de plan médico (parte de al frente y posterior) y complete lo siguiente:			
Nombre del seguro principal:		Nombre del seguro secundario:	
Número de teléfono:		Número de teléfono:	
Número de Póliza:		Número de Póliza:	
Número de grupo:		Número de grupo:	
Certifico que la información en las secciones 1 y 2 anteriores, así como la página de declaración del paciente adjunta, son completas y precisas, según mi leal saber y entender, y que no puedo pagar el medicamento solicitado. Entiendo que se me puede pedir información adicional para tramitar esta solicitud, pero que toda la información médica y financiera se mantendrá confidencial, salvo que la ley exija lo contrario. Certifico que no solicitaré el reembolso de ningún medicamento dispensado como parte de este programa. Por la presente autorizo a Waylis Pharmaceuticals Inc. a obtener y divulgar información de médicos, compañías de seguros y otros según sea necesario para verificar la información proporcionada en esta solicitud.			
Firma del Paciente Fecha:		Fecha: / /	

PASO 3 – INFORMACIÓN PROFESIONAL – A SER COMPLETADA POR EL PROFESSIONAL DE SALUD O EL CONSULTORIO

Número DEA: (si aplica)		Número NPI:		Fecha de expiración:	
Número de licencia estatal:				Fecha de expiración:	
Nombre del médico:		Apellido del médico:		Designación Profesional:	
Dirección:					
Ciudad:		Estado:		Código postal:	
Teléfono:		Ext:		Fax:	
				Correo electrónico del médico:	
**Preferencia de envío de medicamentos (circule uno): DOMICILIO DEL PACIENTE CONSULTORIO OTRO					
**Dirección de envío de medicamentos:					

PASO 4 – INFORMACIÓN DE RECETA – ÉSTA ES LA RECETA; NO SE NECESITA RECETA ADICIONAL

PRODUCTO	DOSIFICACIÓN	ADMINISTRACIÓN	DISTRIBUCIÓN	REPETICIONES
Humatin	250 mg Cápsula		Suministro para 30 días	0 1 2 3 4 5 6
Certifico que la información de la Secciones 3 y 4 anterior, así como la página de Autorización del médico adjunta, están completas y son precisas, según mi leal saber y entender. Entiendo que se puede solicitar información adicional para procesar esta solicitud, pero que toda la información se mantendrá confidencial, excepto que la ley exija lo contrario. Por la presente autorizo a Waylis Therapeutics Inc. a obtener y divulgar información de compañías de seguros y otros según sea necesario para verificar la información proporcionada en esta solicitud.				
Firma del médico:		Fecha: / /		