

# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE (PAP) PARA RAYALDEE® (CALCIFEDIOL) CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA DE 30 MCG

Fax: 1-844-660-7083 Teléfono: 1-844-414-OPKO

## DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA

El Programa de asistencia al paciente (PAP) para Rayaldee® está diseñado para proporcionar Rayaldee® sin costo a pacientes que no tienen cobertura de seguro o que funcionalmente no tienen cobertura de seguro y se encuentran en dificultades financieras. Los pacientes tienen que completar la Solicitud para el PAP y enviarla a OPKO Connect, junto con la documentación necesaria que demuestre ingresos. OPKO Renal, una división de OPKO Health, Inc. puede modificar o terminar este programa en cualquier momento.

### Elegibilidad para el programa

Los pacientes son elegibles si ellos:

- Son ciudadanos o residentes legales de los EE. UU.
- No tienen cobertura de seguro o funcionalmente no tienen cobertura de seguro.
- Están dispuestos a trabajar con OPKO Connect para identificar y solicitar cobertura de seguro adicional o asistencia que puede estar a su disposición.
- Cumplen con los requisitos de ingresos en función de las pautas actuales sobre el Nivel federal de pobreza.
- Se les receta Rayaldee para el uso indicado en la etiqueta.



Cualquier cambio en la cobertura de seguro y/o las circunstancias financieras mientras está inscrito en el programa puede afectar la capacidad del paciente para continuar recibiendo el producto gratis a través del programa de asistencia al paciente. Los pacientes deben volver a solicitar la elegibilidad para el programa al final de cada año calendario.

Rayaldee® está indicado para el tratamiento del hiperparatiroidismo secundario en adultos con enfermedad renal crónica en estadio 3 o 4 y niveles totales de 25-hidroxivitamina D menores de 30 ng/ml.

### Proceso de inscripción en el programa

Para iniciar el proceso de inscripción, el consultorio simplemente necesita:

- Visitar la página de recursos de OPKO Connect en [www.Royaldee.com](http://www.Royaldee.com).
- Descargar y completar el Formulario de solicitud del servicio (Service Request Form, SRF) para Rayaldee®.
  - o Si ya se envió un SRF completado para asistencia en la investigación de beneficios, no se requerirá un nuevo formulario; el paciente será evaluado automáticamente para determinar su elegibilidad cuando corresponda.
- Enviar el formulario completado por fax a OPKO Connect a 1-844-660-7083.

Qué se debe esperar:

- Al recibirse el SRF, un especialista de asistencia de Rayaldee® se comunicará con el paciente para presentarle el programa y acompañarlo a lo largo del proceso de inscripción.
  - o Se le pedirá al paciente que complete la solicitud PAP del paciente, que se le puede enviar por correo u obtener en línea, y que la envíe a OPKO Connect junto con la documentación financiera requerida sobre sus ingresos.
- Una vez que se realizó la determinación de elegibilidad, se informará tanto al paciente como al proveedor de atención de la salud de la capacidad del paciente de participar en el programa.



LLAME A

**1-844-414-OPKO (6756)**

para hablar con un especialista de asistencia de Rayaldee®.

Lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este



O ENVÍE POR FAX A

**1-844-660-7083**

**OPKO RENAL**

# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE (PAP) PARA RAYALDEE® (CALCIFEDIOL) CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA DE 30 MCG

Fax: 1-844-660-7083 Teléfono: 1-844-414-OPKO

## PARTE 1: Solicitud

Complete todos los campos y envíe el formulario completado, conjuntamente con la documentación necesaria referida a sus ingresos, a fin de evitar demoras.

### 1. Información sobre el paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido: Teléfono celular Teléfono de casa Correo electrónico

Horario de contacto preferido: Mañana Tarde Noche

Está bien dejar un mensaje: Sí No

El paciente abajo firmante representa y garantiza por este documento que:

(i) Autorizo por este documento a OPKO o sus agentes, contratistas y subcontratistas, a comunicarse conmigo a través de la dirección de correo electrónico proporcionado con el fin de proporcionarme información perteneciente a mi cobertura para Rayaldee, mi estado de elegibilidad para los programas de asistencia que ofrece OPKO y/o para comunicar la necesidad de información adicional necesaria para evaluar con exactitud cobertura o asistencia que esté a mi disposición para Rayaldee a través de mi cobertura de seguro o de OPKO.

Firma manuscrita del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Idioma principal: Inglés Español Otro: \_\_\_\_\_

### 2. Información sobre el seguro

Seguro principal \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

N.º de identificación del seguro \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_

Seguro secundario \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

N.º de identificación del seguro \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_

Compañía de beneficios de farmacia \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

N.º de identificación \_\_\_\_\_ N.º de grupo \_\_\_\_\_

N.º de identificación del beneficio (Benefit Identification Number, BIN) \_\_\_\_\_ N.º de control del procesador (Processor Control Number, PCN) \_\_\_\_\_

### 3. Información adicional sobre el seguro

¿Es usted un veterano?  
 Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, ¿solicitó beneficios de VA?  
 Sí  No

¿Es usted elegible para Medicare?  
 Sí  No

¿Se le negó alguna vez Medicaid?  
 Sí  No

¿Se le negó alguna vez asistencia adicional (asistencia financiera del Seguro Social) a través del Programa de subsidios para bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS)?  
 Sí  No

### 4. Información sobre el médico tratante

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Nombre del consultorio \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**OPKO CONNECT**

# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE (PAP) PARA RAYALDEE® (CALCIFEDIOL) CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA DE 30 MCG

**Fax:** 1-844-660-7083 **Teléfono:** 1-844-414-OPKO

## PARTE 1: Solicitud (continúa)

---

### 5. Información financiera

Cant. de personas en su hogar      Adultos \_\_\_\_\_ Hijos (menores de 18) \_\_\_\_\_

Ingresos netos ajustados combinados totales para todas las personas en su hogar, incluidos todos los dependientes en el hogar \$ \_\_\_\_\_

Prueba de ingresos que está proporcionando

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Declaración del impuesto federal  | <input type="checkbox"/> Carta de reconocimiento del Seguro Social    |
| <input type="checkbox"/> Comprobantes de pago (valor de meses completos en los últimos tres meses) | <input type="checkbox"/> Evidencia de terminación de empleo/desempleo |
- 

**OPKO CONNECT**

# SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE (PAP) PARA RAYALDEE® (CALCIFEDIOL) CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA DE 30 MCG

## PARTE 2: Divulgación

**Complete todos los campos y envíe el formulario completado, conjuntamente con la documentación necesaria a fin de evitar demoras.**

- (i) Entiendo y acepto que a fin de participar en este programa, OPKO o sus agentes, contratistas y subcontratistas deben obtener información personal privada de mi persona y de mi proveedor de atención de la salud, incluida información médica protegida, según se define en la Ley de Responsabilidad y Movilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996. Esta información puede incluir nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social, diagnóstico, información del seguro, información acerca de mi condición financiera u otra información relevante que OPKO considere necesaria para evaluar mi elegibilidad para participar en este programa. Por lo tanto, autorizo por este documento a OPKO y sus agentes, contratistas y subcontratistas a obtener y mantener dicha información a comunicarse conmigo si se requiere información adicional y a llevar a cabo verificaciones de beneficios e investigación de seguro en mi nombre, a comunicarse con mi médico y mi(s) compañía(s) de seguro, incluido Medicare, y a intercambiar información con ellos en relación con mi participación en este programa.
- (ii) Toda la información que proporcione en relación con mi solicitud o participación en este programa es y siempre será completa y exacta y acepto que OPKO o sus agentes, contratistas y subcontratistas puedan verificar esto en todo momento.
- (iii) Acepto informar a OPKO o sus agentes, contratistas y subcontratistas de inmediato de cualquier cambio financiero o en el seguro mientras esté inscrito en este programa.
- (iv) Entiendo que cualquier asistencia proporcionada de acuerdo con este programa depende de mi capacidad de cumplir con los criterios de elegibilidad para el programa, según lo determinado por OPKO. Reconozco que esta asistencia es temporal y que deberé volver a solicitarlo al final de cada año calendario para ser elegible.
- (v) También autorizo a OPKO a comunicarse directamente conmigo en el futuro acerca de programas de asistencia disponibles, tratamiento y terapia de la enferma renal crónica (Chronic Kidney Disease, CKD) y/o información de reembolso y relacionada con el acceso.
- (vi) Entiendo que OPKO se reserva el derecho de modificar o terminar este programa en cualquier momento que lo considere adecuado, que OPKO no tiene obligación de continuar el programa y que cualquier decisión por parte de OPKO de modificar o terminar este programa no dará origen a ninguna obligación o responsabilidad en lo que concierne a OPKO.
- (vii) Entiendo que todos los medicamentos que pueda recibir de este programa son solo para mí y acepto que no se los daré a nadie más.
- (viii) Entiendo que estoy recibiendo el producto OPKO sin cargo de acuerdo con este programa y si soy un beneficiario de un Plan de Medicamentos Recetados Medicare o un Plan de Medicamentos Recetados Medicare Advantage, no puedo presentar una reclamación de pago a Medicare o un pagador externo y que ninguna parte del pago por el producto que se proporciona acá se reclamará como parte de mis verdaderos gastos de bolsillo (True Out-Of-Pocket, TrOOP).
- (ix) Entiendo que mi solicitud e inscripción en este programa no dependen, de ninguna manera, de que compre bienes o servicios y que puedo cancelar mi inscripción en cualquier momento al comunicarme con OPKO Connect al 1-844-414-OPKO.
- (x) Entiendo y acepto que esta autorización durará por un máximo de un (1) año a partir de la fecha en que firme esta autorización o hasta el 31 de diciembre de este año.

---

**Firma del paciente**

---

**Fecha**

---

**OPKO CONNECT**