



P.O. Box 5666  
Louisville, Kentucky 40255-0666  
Teléfono: 1-888-CARES-55 (1-888-227-3755)  
Fax: 1-877-9-CARES-9 (1-877-922-7379)

Gracias por su interés en el Programa de asistencia y apoyo a pacientes Shire Cares. Si tiene dificultades para pagar sus medicamentos de Shire, este programa está diseñado para usted.

El tipo de asistencia disponible varía según el medicamento que le haya sido prescrito, su ingreso familiar y el estado de su seguro. Para recibir la asistencia de Shire Cares para medicamentos prescritos, usted y su médico deben completar y presentar este formulario de solicitud en su totalidad y cumplir con los requisitos de elegibilidad del programa. Al pie de esta página hemos incluido una lista de verificación que le servirá de guía para completar y presentar su solicitud.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el programa al 1-888-CARES-55 (1-888-227-3755). Estamos disponibles para recibir sus llamadas de lunes a viernes, de 8:00 AM a 8:00 PM, hora del este, excepto los días feriados.

Tenga en cuenta que: presentar un formulario de solicitud completo no garantiza su inscripción en Shire Cares. Cada solicitud se contemplará de manera individual. Para su conveniencia, a continuación se incluyen los lineamientos generales sobre ingresos para recibir asistencia gratuita con sus medicamentos de Shire.

| Cantidad de personas en su unidad familiar | Ingreso anual total máximo |
|--|----------------------------|
| 1 persona                                  | 35.310 USD                 |
| 2 personas                                 | 47.790 USD                 |
| 3 personas                                 | 60.270 USD                 |
| 4 personas                                 | 72.750 USD                 |
| 5 personas                                 | 85.230 USD                 |

Escoja una opción:

- Solicitud nueva
- Solicitud de renovación

**LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD:** *Asegúrese de que todos los ítems de la lista estén completados y adjuntados; o la solicitud podrá demorarse.*

- Complete todos los campos en la Sección 1
- Complete la información de prescripción en la Sección 2
- Indique su preferencia para el envío del medicamento en la Sección 2
- Firme y feche el formulario de solicitud (sin sellos; solo se aceptan firmas originales)
- Complete su información personal en la Sección 3
- Complete su información financiera en la Sección 4
- Adjunte comprobante(s) de sus ingresos familiares
- Si tiene seguro médico: complete la información sobre su seguro en la Sección 5 y adjunte una copia de su tarjeta del seguro
- Firme y feche el formulario de solicitud

Conserve una copia de la solicitud para su registro personal

**Cuando usted y su médico hayan cumplido con las dos listas de verificación que anteceden,** envíenos su formulario por fax o correo postal. Si la información ingresada está incompleta o es incorrecta, ello puede demorar el procesamiento de su solicitud, por lo que debe asegurarse de que toda la información provista sea correcta y que consten todas las firmas.

Fax: 1-877-9-CARES-9 (1-877-922-7379)

Correo postal: Shire Cares Patient Assistance & Support Program

P.O. Box 5666

Louisville, Kentucky 40255-0666

Los documentos que acompañan a esta transmisión de fax pueden contener información confidencial. La información ha sido concebida solo para ser utilizada por la persona o la entidad nombrada anteriormente. Si recibió este fax por error, notifique al remitente al 1-877-9-CARES-9.



P.O. Box 5666  
 Louisville, Kentucky 40255-0666  
 Teléfono: 1-888-CARES-55 (1-888-227-3755)  
 Fax: 1-877-9-CARES-9 (1-877-922-7379)

**EL MÉDICO DEBE COMPLETAR  
 ESTA PÁGINA**

**SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO Y LA DERIVACIÓN (si correspondiera)**

**Nombre del médico tratante** \_\_\_\_\_ \*N.º de DEA \_\_\_\_\_  
 Identificación del proveedor nacional \_\_\_\_\_  
 Nombre del establecimiento \_\_\_\_\_ Identificación fiscal \_\_\_\_\_  
 Domicilio (sin apartado de correos) \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Int. \_\_\_\_\_ Fax seguro \_\_\_\_\_  
 Contacto en la clínica \_\_\_\_\_ Cargo del contacto \_\_\_\_\_

**Nombre del médico a cargo de la derivación** \_\_\_\_\_ \*N.º de DEA \_\_\_\_\_  
 Identificación del proveedor nacional \_\_\_\_\_  
 Nombre del establecimiento \_\_\_\_\_ Identificación fiscal \_\_\_\_\_  
 Domicilio (sin apartado de correos) \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Int. \_\_\_\_\_ Fax seguro \_\_\_\_\_  
 Contacto en la clínica \_\_\_\_\_ Cargo del contacto \_\_\_\_\_

**\*El número de identificación de DEA solo es necesario si se prescribe una sustancia controlada**

**SECCIÓN 2: ESTA ES LA PRESCRIPCIÓN; NO SE REQUIERE UNA PRESCRIPCIÓN ADICIONAL (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO ÚNICAMENTE)**

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento del paciente** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico** \_\_\_\_\_

| Producto (seleccione)  | Dosis   | Administración | Distribución                                    |
|--|---|----------------|---|
| <input type="checkbox"/> Vyvanse® (lisdexamfetamina dimesilato) cápsulas CII | Prescripción provista al paciente para su uso en farmacia |                | <input type="checkbox"/> Tarjeta de la farmacia |

*Tenga en cuenta que: la cobertura no excederá la dosis diaria máxima indicada en la información de prescripción de Vyvanse. Aprobado por hasta 12 meses.*

| Producto (seleccione)  | Dosis                             | Administración | Distribución                                   | Resurtidos (seleccione)   |
|--|-----------------------------------|----------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Carbatrol® (carbamazepina) en cápsulas de liberación prolongada | <input type="checkbox"/> _____ mg | _____          | <input type="checkbox"/> Suministro de 90 días | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> FOSRENOL® (carbonato de lantano) en comprimidos masticables     | <input type="checkbox"/> _____ mg | _____          | <input type="checkbox"/> Suministro de 90 días | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> FOSRENOL® (carbonato de lantano) polvo para uso por vía oral    | <input type="checkbox"/> _____ mg | _____          | <input type="checkbox"/> Suministro de 90 días | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> Lialda® (mesalamina) en comprimidos de liberación retardada     | <input type="checkbox"/> _____ mg | _____          | <input type="checkbox"/> Suministro de 90 días | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> PENTASA® (mesalamina) en cápsulas de liberación Controlada      | <input type="checkbox"/> _____ mg | _____          | <input type="checkbox"/> Suministro de 90 días | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> INTUNIV® (guanfacina) en comprimidos de liberación prolongada   | <input type="checkbox"/> _____ mg | _____          | <input type="checkbox"/> Suministro de 90 días | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 |

**Enviar el producto a:**  Consultorio del médico  Domicilio del paciente *(Si no se realiza ninguna selección, el producto se enviará al domicilio del paciente)*

### Certificación del médico/de quien extendió la prescripción

Declaro que la información provista en esta solicitud es completa y exacta. Certifico que esta prescripción constituye una indicación médica para este paciente y que yo supervisaré sus tratamientos. Corroboro que, a mi leal saber y entender, este paciente no cuenta con un seguro de cobertura de prescripciones para el producto prescrito, incluidos todos los programas públicos, y que el paciente no cuenta con recursos económicos suficientes para pagar el medicamento prescrito. Comprendo que Shire se reserva el derecho a modificar o dar por terminado este programa en cualquier momento. Asimismo, mi firma certifica que estos productos no serán revendidos ni ofrecidos para su venta, intercambio o trueque, ni serán devueltos a cambio de crédito. Comprendo que Shire se reserva el derecho de retirar el producto si ello fuera necesario.

Firma original del médico habilitado (no se aceptan sellos) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---



P.O. Box 5666  
 Louisville, Kentucky 40255-0666  
 Teléfono: 1-888-CARES-55 (1-888-227-3755)  
 Fax: 1-877-9-CARES-9 (1-877-922-7379)

**EL PACIENTE DEBE COMPLETAR  
 ESTA PÁGINA**

**SECCIÓN 3: INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE**

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_  
**Teléfono** \_\_\_\_\_ **Sexo**  Masculino  Femenino  
**Número de Seguro Social** \_\_\_\_\_ **¿Ciudadano estadounidense/residente legal?**  Sí  No  
**Domicilio (sin apartado de correos)** \_\_\_\_\_  
**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código postal** \_\_\_\_\_  
**Nombre de contacto (si no es el paciente)** \_\_\_\_\_ **Relación con el paciente** \_\_\_\_\_

**¿Podemos compartir información médica protegida del paciente con la persona de contacto designada?**  Sí  No

**SECCIÓN 4: INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE**

**Cantidad de personas en su unidad familiar**    **Adultos =** \_\_\_\_\_ **Menores =** \_\_\_\_\_  
**Ingreso total combinado de usted, su cónyuge y sus dependientes**    \$ \_\_\_\_\_ **A anual**

**Debe proporcionar comprobantes de sus ingresos** para solicitar acceso a este programa. Proporcione una copia de su:  
 Última declaración de impuestos federales **o**  Últimos recibos de sueldo (recibos por el valor de todo el mes) **o**  Última carta de otorgamiento del Seguro Social

**¿Ha perdido su trabajo en los últimos tres (3) meses?**  Sí  No → Si la respuesta es sí, adjunte un comprobante de la finalización de su relación laboral o su situación de desempleo.

**SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL PACIENTE**

**¿Es su copago superior a los \$50 y/o su deducible superior a los \$1,000?**  No → Si la respuesta es sí, proporcione un comprobante que indique su copago y/o deducible en papel con el membrete de su compañía aseguradora.

**¿Qué tipo de cobertura de seguro tiene?** (Marque todas las opciones pertinentes)

- Ninguna
- Parte A de Medicare     Parte B de Medicare     Parte D de Medicare     Medicare Advantage     Medicaid
- Programa de asistencia farmacéutica estatal     Empleador     Otra \_\_\_\_\_ (ingrese el nombre del asegurador)

**Por cada póliza que tenga, adjunte una copia de ambos lados de su tarjeta del seguro y complete la siguiente información:**

| <u>Seguro primario</u>                             | <u>Seguro secundario</u>                           |
|--|--|
| Plan de seguro _____                               | Plan de seguro _____                               |
| Número de teléfono _____                           | Número de teléfono _____                           |
| Nombre del titular de la póliza _____              | Nombre del titular de la póliza _____              |
| Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____ | Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____ |
| Identificación de póliza _____                     | Identificación de póliza _____                     |
| Número de grupo _____                              | Número de grupo _____                              |
| Tipo de plan _____                                 | Tipo de plan _____                                 |

**¿El plan de su seguro le ha denegado la cobertura de este medicamento?**  Sí  No → Si la respuesta es sí, se requiere un comprobante de la denegación. Adjunte el comprobante a esta solicitud.

**\*\* Si su plan no cubre el medicamento, proporcione una carta específica para el paciente de la compañía aseguradora que exprese la ausencia de cobertura.**

**¿Es usted veterano de guerra?**  Sí  No → Si la respuesta es sí, ¿solicitó el subsidio para veteranos de guerra?  Sí  No

---

## SECCIÓN 6: AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Por medio del presente, autorizo a cualquier asegurador, ya sea público o privado, empleador, hospital, médico o cualquier otro proveedor de servicios médicos a divulgar a Shire Pharmaceuticals LLC y a sus representantes toda la información e historia clínica, información y registros financieros y del seguro, así como cualquier otra información identificadora, a los fines de mi participación en el Programa de asistencia a pacientes Shire Cares o con la finalidad de obtener información sobre efectos secundarios u otras cuestiones de seguridad que se informen a Shire para determinar si dichas cuestiones de seguridad están relacionadas con el medicamento de Shire que estoy tomando. Asimismo, autorizo a Shire Pharmaceuticals LLC y a sus representantes a ponerse en contacto con mi hospital, médico u otro proveedor de servicios médicos para obtener información de seguimiento sobre dichos efectos secundarios o cuestiones de seguridad que se informen a Shire. También autorizo a Shire Pharmaceuticals LLC y a sus representantes a divulgar dichos registros e información a cualquier persona o entidad mencionada anteriormente a los fines de mi participación en este programa. Entiendo que cualquier información que revele mi identidad no se utilizará con ningún otro propósito que no sea el que se describe anteriormente, a menos que yo otorgue mi consentimiento por escrito. Confirmando que la información provista en esta solicitud es completa y exacta y que no cuento con cobertura de prescripción para el medicamento prescrito, incluidos todos los programas públicos, y que no cuento con recursos económicos suficientes para pagar el medicamento prescrito. Entiendo que Shire Pharmaceuticals LLC se reserva el derecho de modificar la solicitud, o modificar o interrumpir este programa y los criterios de elegibilidad relacionados, en cualquier momento y sin previo aviso. Autorizo a Shire Pharmaceuticals LLC a utilizar mi número de seguro social únicamente con fines de identificación y registro.

Nombre del paciente (Imprime) \_\_\_\_\_

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

→ Si el paciente no puede firmar o es <18 años de edad, el representante del paciente debe firmar abajo

**El Nombre del Representante del Paciente y Relación con el Paciente** (incluyendo la descripción de la autoridad para tomar decisiones médicas por paciente)

\_\_\_\_\_

Firma del representante del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

---