

Alcon Cares, Inc. (ACI) es una fundación comprometida a apoyar el acceso a los medicamentos de Alcon y a servir como un vínculo integral entre el proveedor de atención médica y nuestras comunidades locales para preservar y devolver la vista a los marginados. Si está experimentando dificultades económicas y tiene cobertura limitada o no tiene cobertura para medicamentos recetados, puede ser elegible para recibir medicamentos de Alcon de forma gratuita.

## INSTRUCCIONES

### 1. El paciente / tutor legal debe completar la Sección 1: Información del paciente

- Elementos adicionales requeridos: Copia de la Declaración de impuesto federal a la renta más reciente. Si no declara impuestos, entonces proporcione copias actuales de estados de cuenta de su hogar en lo que va del año o una prueba actual de los ingresos de todas las personas en el hogar
- No envíe documentos originales con su solicitud

### 2. El proveedor de atención médica (HCP) debe completar la Sección 2: Información del HCP y pedido del fármaco

- Para medicamentos de venta libre (OTC), si su estado lo requiere (NY o DE), incluya una receta original en blanco

### 3. Envíe la solicitud completa

- Envíela por correo a la dirección que figura a continuación o por fax al 800.554.2660
- Espere 3 semanas para el procesamiento
- Conserve una copia de la solicitud para pedir resurtidos de fármacos. Los pedidos de resurtido no pueden realizarse por teléfono.

## INFORMACIÓN DE CONTACTO

Fax: 800.554.2660  
Correopostal: Alcon Cares, Inc. TA-4-13  
6201 South Freeway  
Fort Worth, TX 76134-0450

## PREGUNTAS

Teléfono: 800.222.8103  
Correo electrónico: [Patient.Assistance@Alcon.com](mailto:Patient.Assistance@Alcon.com)

## SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

El paciente o el tutor legal deben completarla

Apellido:

Nombre:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código postal:

Número de teléfono:

Dirección de correo electrónico:

Fecha de nacimiento:

Residente de los EE. UU.: S N Estado civil: Soltero Casado Viudo

## INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

¿Tiene seguro privado (comercial)? S N ¿Este incluye cobertura de medicamentos recetados? S N

¿Tiene Medicare? S N

Si la respuesta es Sí, marque todas las opciones que correspondan: Parte B Parte D Parte C (plan Medicare Advantage)

¿Tiene cobertura a través de un programa estatal de Medicaid? S N

## SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE (continuación)

### INFORMACIÓN FINANCIERA

¿Cuántas personas dependen del ingreso familiar, incluidas las personas que tienen ingresos?

Ingreso familiar anual total percibido por las personas que viven en el hogar (bruto): \$

**Marque esta casilla si no presentó una declaración de impuestos**

Proporcione documentos que respalden los ingresos:

- Copia de la Declaración de impuestos federales a la renta más reciente u otro comprobante de ingresos, si los hubiera, como un Formulario W2, un estado de cuenta del Seguro Social (1099) o talones de sueldo de 3 meses. Si no declara impuestos, entonces proporcione copias actuales de los estados de cuenta del hogar en lo que va del año o una prueba actual de los ingresos familiares de todas las personas en el hogar.
- No envíe documentos originales con su solicitud

**Autorización del paciente:** Certifico que le he proporcionado al médico que receta los medicamentos todos los consentimientos necesarios que lo/la autorizan a divulgar mi información médica a ACI. También puedo revocar (retirar) esta autorización con respecto al PAP en cualquier momento en el futuro llamando al 1-800-222-8103 o escribiendo a Alcon Cares, Inc. TA 4-13, 6201 South Freeway, Fort Worth, TX 76134-0450. Mi negativa o futura revocación no afectará el inicio o la continuación de mi tratamiento con mis proveedores de atención médica (health care provider, HCP); sin embargo, si revoco esta autorización, es posible que no pueda participar más en los programas que administra ACI. Si revoco esta autorización, ACI dejará de usar o compartir mi información (excepto según sea necesario para poner fin a mi participación en el PAP), pero mi revocación no afectará los usos y las divulgaciones de la información personal que se haya revelado previamente en función de esta autorización. A menos que se revoque, esta autorización permanecerá vigente durante un año.

**Declaración con respecto a la privacidad:** Doy permiso para que los proveedores de atención médica, las farmacias, los proveedores de servicios y sus contratistas ("Proveedores de atención médica"), la(s) aseguradora(s) de salud y sus contratistas ("Aseguradoras") divulguen mi información personal, incluida la información sobre mi seguro, recetas, afección médica, y salud ("Información personal") a ACI, para que ACI pueda administrar el PAP de la siguiente manera: (i) proporcionarme acceso al fármaco que me recetaron, (ii) proporcionarme información sobre los fármacos de Alcon, (iii) proporcionarme recordatorios del medicamento y (iv) llevar a cabo un control de calidad, encuestas u otras actividades comerciales internas en relación con el PAP. Doy permiso a ACI para divulgar mi información personal a mis proveedores de atención médica, aseguradora(s), cuidadores, Alcon Vision, LLC, sus filiales y proveedores de servicios ("las Compañías"), para los fines descritos anteriormente. También doy permiso a ACI para juntar o agrupar cualquier información mía que se haya recopilado con el fin de proporcionar o administrar los servicios del programa. Comprendo que una vez que mi información personal se divulgue, es posible que ya no esté protegida por la ley federal de privacidad y la ley estatal aplicable. Acepto que ACI me contacte por correo postal, correo electrónico, llamadas telefónicas y mensajes de texto a los números y direcciones proporcionados en la solicitud para el PAP para todos los fines descritos en esta Autorización del paciente. También acepto que ACI y terceros en su representación se comuniquen conmigo mediante llamadas telefónicas y mensajes de texto usando un marcador automático o una voz pregrabada, a los números proporcionados en este formulario, para todos los fines que no estén relacionados con la comercialización, lo que incluye, entre otros, enviarme materiales y solicitar mi participación en encuestas, y confirmar que soy el suscriptor de los números de teléfono proporcionados y el usuario autorizado de las direcciones de correo electrónico proporcionadas. Acepto informar a ACI de inmediato si cualquiera de mis números o direcciones cambian en el futuro. Entiendo que pueden aplicarse tarifas de mensajería y transmisión de datos por parte de mi proveedor de servicios inalámbricos. Comprendo que las Compañías no permiten que sus socios comerciales usen mi Información personal para sus propios fines publicitarios. Comprendo y acepto que la Información personal compartida por correo electrónico y teléfono celular no se puede proteger contra el acceso no autorizado.

**Declaración sobre gastos incurridos en medicamentos:** Acepto que no solicitaré ningún reembolso por ningún medicamento obtenido en virtud de este programa.

**Declaración del solicitante con respecto a la exactitud e integridad de la información:** Prometo que la información en este formulario es correcta y está completa. Si es necesario, ACI puede solicitar y obtener información adicional sobre mis ingresos o los de mi familia para poder inscribirme en el programa.

**Reconocimiento del paciente:** Reconozco que mi participación en el programa está sujeta a la aprobación de ACI y que ACI se reserva de manera expresa el derecho de rechazar mi participación. Para expresar que estoy acuerdo con estos términos, firmo a continuación.

Firma del paciente o tutor legal: \_\_\_\_\_

Fecha:

Nombre del paciente o tutor legal, en letra de imprenta:

## SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA Y PEDIDO DEL FÁRMACO

### INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Apellido del proveedor de atención médica:

Nombre del proveedor de atención médica:

DEA / Número de licencia estatal:

Estado:

Nombre de la instalación:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código postal:

Teléfono:

Fax:

Horario laboral:

### PEDIDO DE MEDICAMENTO(S)

Escriba claramente en letra de imprenta.

*NOTA: Esta solicitud servirá como receta. Si su estado lo requiere (NY o DE), envíe por fax una receta original en blanco.*

**Nuevo (Primer pedido de suministro para seis meses)**

**Resurtido (Segundo pedido de suministro para seis meses)      Fecha:**

**MEDICAMENTO(S)**

**CONCENTRACIÓN**

**POSOLOGÍA**

**DURACIÓN**

***Comprendo que es mi responsabilidad distribuirle al paciente todos los medicamentos enviados a la dirección de mi centro que estén destinados para él. Los medicamentos recetados solo se pueden enviar a las instalaciones del proveedor de atención médica. Los fármacos de venta libre pueden enviarse a la casa del paciente.***

**¿Los fármacos de venta libre deben enviarse a la dirección del paciente?      S      N**

Certifico que soy el médico que ha recetado el medicamento detallado anteriormente al paciente identificado previamente. Certifico que cualquier medicamento recibido se utilizará solo para el paciente mencionado en este formulario y no se ofrecerá para venta, intercambio o negocio. Además, no se presentará ninguna reclamación para el reembolso de este medicamento, ni se devolverá ningún medicamento para obtener crédito. Comprendo que la participación en este programa no está relacionada con la comercialización de los fármacos de Alcon ni requiere la compra de los fármacos de Alcon. Reconozco que el único fin del PAP es la atención al paciente y no la obtención de algún tipo de remuneración. Comprendo que ACI puede revisar, cambiar o finalizar los programas en cualquier momento. Mi firma a continuación confirma que estoy de acuerdo con estos términos según se enuncia en la descripción del programa adjunta y que existe una necesidad médica válida para la receta de este paciente. Certifico que la terapia mencionada es médicamente necesaria y que esta información es precisa a mi leal saber y entender.

**Firma del proveedor de atención médica:** \_\_\_\_\_

**Fecha:**

*En el caso de los enfermeros especializados y los auxiliares médicos, proporcione el nombre y el número de licencia del médico bajo el cual está recetando.*

**Nombre del médico:**

**Número de licencia estatal:**

Alcon Cares, Inc. (ACI) es una fundación que ofrece un programa de asistencia al paciente sin cargo para personas calificadas. El programa de asistencia de ACI está abierto a cualquier paciente que no pueda pagar un medicamento para el cuidado de los ojos recetado por su proveedor de atención médica con licencia en los EE. UU. La elegibilidad se basa en varios factores, incluidos los límites de ingresos que están sujetos a las cifras de la Oficina del Censo del Gobierno de los EE. UU., disponibles a través de fuentes públicas, como Internet o una biblioteca, y el tipo de cobertura del seguro del paciente. Por lo general, los pacientes cumplen con la prueba de ingresos al 350 % (tres veces y media) del nivel de pobreza del año en curso designado por el HHS (Departamento de Salud) para la cantidad de personas que viven en un hogar. Las pautas actuales del HHS se pueden encontrar en <http://aspe.hhs.gov/poverty/>.

Cada pedido está sujeto a la aprobación de ACI. Nos gustaría aprobar todos los pedidos, pero no podemos hacerlo debido a que los recursos son limitados. Nuestros criterios y límites están diseñados para ayudarnos a proporcionar medicamentos a los pacientes que más lo necesitan. ACI se reserva el derecho de modificar o interrumpir este programa en cualquier momento. Los fármacos proporcionados en virtud de este programa no deben venderse, comercializarse ni utilizarse para ningún otro propósito.

- Una solicitud aprobada es válida durante un año a partir de la fecha de la última firma. Si se rechaza una solicitud, ACI enviará una carta al paciente en la que indicará los motivos del rechazo y la acción necesaria para volver a presentar la solicitud. En los casos en que no se cumplan los criterios requeridos, la solicitud no deberá volver a enviarse.
- Resurtidos: Los pacientes deben coordinar con su proveedor de atención médica para recibir el suministro de los otros seis meses. Si no hay cambios en la solicitud o en los medicamentos solicitados del primer suministro para seis meses, el proveedor de atención médica puede marcar "resurtido" en la página 3 de la solicitud original, colocar una fecha en el cuadro de resurtido y enviar por fax o por correo las páginas 1 a 3 de la solicitud original. Si hay cambios en los medicamentos necesarios, el proveedor de atención médica debe realizar los cambios necesarios en la solicitud original. El proveedor de atención médica marcará el cuadro de resurtido y colocará la fecha.
- Estos formularios se pueden enviar por fax o correo postal:  
Fax: 800.554.2660  
Correo postal: Alcon Cares, Inc. TA-4-13  
6201 South Freeway  
Fort Worth, TX 76134-0450
- Si tiene preguntas sobre el PAP, llame al 800.222.8103 o envíe un correo electrónico a: [Patient.Assistance@Alcon.com](mailto:Patient.Assistance@Alcon.com)

## **El uso de este programa no tiene costo para los pacientes ni para los proveedores de atención médica.**

ACI usará y divulgará la información del paciente solo como se describe en esta solicitud o con el consentimiento del paciente.

El medicamento para los pacientes aprobados se envía al consultorio del proveedor de atención médica o, en el caso de los fármacos de venta libre, el paciente puede seleccionar la entrega a domicilio.

Al completar esta solicitud, el paciente comprende que la aceptación en el programa de asistencia al paciente de ACI se basa en la información ingresada en este formulario de buena fe.

Si el paciente cambia de proveedor de atención médica mientras está inscrito en este programa, el paciente acepta enviar a ACI una nueva solicitud completada con el nuevo proveedor de atención médica.

Si un paciente es físicamente incapaz de firmar la solicitud, se permite que alguien que tenga un poder notarial firme en su lugar.