

**患者援助项目(PAP)
申请RAYALDEE®骨化二醇(CALCIFEDIOL)
缓释30毫克胶囊**

传真 : 1-844-660-7083 电话 : 1-844-414-OPKO

项目概述

Rayaldee®患者援助项目(PAP)旨在向无保险或无有效保险保障且经济困难的患者免费提供**Rayaldee®**。患者须填写患者援助项目申请表，并将其与所需的收入证明文件一起提供给OPKO Connect。OPKO Health, Inc.的OPKO Renal事业部可随时修改或终止本项目，而无需事先通知。

项目参与资格

患者须符合以下条件：

- 是美国公民或合法居民
- 无保险或无有效保险保障
- 愿意配合OPKO Connect搜寻并申请他们可能获得的其他保险或援助
- 符合当时的联邦贫困水平准则规定的收入要求
- 医生针对适应症开出Rayaldee



如果保险范围和/或经济状况在参加患者援助项目期间发生任何变动，那么这可能会关系到患者是否能继续通过这个项目获得免费产品。患者必须在每个日历年结束时重新申请项目参与资格。

Rayaldee®适用于治疗3期或4期慢性肾病和血清总25-羟基维生素D水平 < 30纳克/毫升的成人患者的继发性甲状腺功能亢进。

项目注册流程

如要启动注册流程，办公室只需：

- 访问www.Ryaldee.com上的OPKO Connect Resources页面
- 下载并填好Rayaldee®服务申请表(SRF)
 - 如果您已为了获得福利调查支持而提交了一份填好的服务申请表，那么您不需要提交新的申请表；患者的资格将适时自动评估
- 将填好的表格传真至OPKO Connect
(号码 : 1-844-660-7083)

接下来会发生什么：

- 在收到服务申请表后，Rayaldee®支持专员将联系患者，向他们介绍本项目，并引导他们完成注册流程
 - 患者将须填好患者援助项目申请表（我们可将该表邮寄给患者，患者也可在线获取该表），并将该表与所需的经济收入证明文件一起提交给OPKO Connect
- 资格认定完成后，患者及其医疗保健提供者的办公室均将获悉患者是否可参加本项目



拨打
1-844-414-OPKO (6756)
跟Rayaldee®支持专员沟通 (美国东部时间周一至周五
上午8点到晚上8点)



传真：
1-844-660-7083

OPKO RENAL

RAYALDEE是OPKO Ireland Global Holdings Ltd的注册商标 © 2016 OPKO Pharmaceuticals, LLC. OP-US-0447-092020v1

**患者援助项目(PAP)
申请RAYALDEE®骨化二醇(CALCIFEDIOL)
缓释30毫克胶囊**

传真：1-844-660-7083 电话：1-844-414-OPKO

第一部分：申请表

请填写所有字段，并将填好的表格连同所需的收入证明文件一起发送，以避免任何延误。

1. 患者信息

名字	姓氏	
性别	出生日期(年月日)	
地址		
城市	州	邮编
手机	家庭电话	电子邮箱
首选联系方式： <input type="checkbox"/> 手机 <input type="checkbox"/> 家庭电话 <input type="checkbox"/> 电子邮箱		
最佳联系时间： <input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午 <input type="checkbox"/> 晚上		
是否可留言： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

以下签名患者特此声明并保证：

(i) 我特此授权OPKO或其代理人、承包商和分包商通过我提供的电子邮箱与我沟通，向我提供与我的Rayaldee承保范围、我是否有资格参加OPKO提供的支持项目有关的信息；和/或指出需要哪些额外信息以准确评估我可通过我的保险范围或OPKO获得的关于Rayaldee的保险或援助。

患者的手写签名_____
日期_____

主要语言：英语 西班牙语 其他：_____

3. 额外保险信息

您是否为退伍军人？
是 否

如是，您是否申请过退伍军人福利？
是 否

您是否有资格享有联邦医疗保险(Medicare)？
是 否

您是否曾无法获得医疗补助(Medicaid)？
是 否

您是否曾无法通过低收入补贴项目获得额外帮助
(来自社会保障系统的经济援助)？

是 否

4. 治疗医师信息

名字	姓氏	
执业机构名称		
地址		
城市	州	邮编

2. 保险信息

基本险	电话号码
保单持有人姓名	与患者的关系
保险身份编号	团体号
二级保险	电话号码
保单持有人姓名	与患者的关系
保险身份编号	团体号
药房福利载体	电话号码
身份编号	团体号
Bin #	PCN #

患者援助项目(PAP)
申请RAYALDEE®骨化二醇(CALCIFEDIOL)
缓释30毫克胶囊

传真 : 1-844-660-7083 电话 : 1-844-414-OPKO

第一部分：申请表（续）

5. 经济状况信息

家庭人数 成年人_____ 未成年人(18岁以下)_____

您将要提供的收入证明

您家所有人（包括家庭中的所有受抚养人）的调整后净收入总额 美元

联邦纳税申报表

□ 社会保障授予书

工资单 (过去三个月内的整月入账) 离职/失业证明

**患者援助项目(PAP)
申请RAYALDEE®骨化二醇(CALCIFEDIOL)
缓释30毫克胶囊**

第二部分：免责

请填写所有字段，并将填好的表格连同所需的收入证明文件一起发送，以防止任何延误。

- (i) 我明白并同意：为了参与本项目，OPKO或其代理人、承包商和分包商必须从我和我的医疗保健提供者处获得保密的个人信息，包括1996年《健康保险流通与责任法案》(HIPAA)中定义的受保护健康信息。此类信息可能包括姓名、出生日期、社会保障号码、诊断、保险信息、我的经济状况信息或OPKO认为对评估我参加本项目的资格而言所必需的其他相关信息。因此，我特此授权OPKO及其代理人、承包商和分包商收集和维护此类信息，在需要更多信息时联系我，代表我开展福利核验和保险调查，联系我的医生和保险公司（包括联邦医疗保险），并与他们交换与我参加本项目相关的信息。
- (ii) 我提供的与我申请或参与本项目有关的所有信息现在是并将永远是完整的且准确的，我同意OPKO或其代理人、承包商和分包商随时核验这些信息。
- (iii) 我同意：如果在参加本项目期间发生任何经济状况或保险变动，那么我将立即通知OPKO或其代理人、承包商和分包商。
- (iv) 我明白：根据本项目提供的任何援助均取决于我是否满足OPKO为本项目确定的资格标准。我认可这种帮助是暂时性的，我将须在每个日历年结束时重新申请并重新获得资格，以便在下一年仍有资格。
- (v) 我还授权OPKO将来就可参加的援助项目、慢性肾病治疗和疗法和/或与报销和访问相关的信息直接联系我。
- (vi) 我明白：OPKO保留在其认为合适任何时候修改或终止本项目的权利，OPKO没有义务继续本项目，且OPKO修改或终止本项目的任何决定均不会对OPKO产生任何责任或义务。
- (vii) 我明白：我可能从本项目中获得的任何药物均仅供自己使用，我同意不会将这些药物提供给其他任何人。
- (viii) 我明白：我是在根据本项目免费获得OPKO产品；如果我是联邦医疗保险处方药计划或联邦医疗保险优势处方药计划的受益人，那么我不得向联邦医疗保险或任何第三方付款人提出付费要求；而且根据本项目提供的产品的任何款项均不会被视为我真实自付费用的一部分。
- (ix) 我明白：我在本项目中的申请和注册绝不以我购买任何商品或服务为条件；我可以随时拨打1-844-414-OPKO联系OPKO Connect退出本项目。
- (x) 我明白并同意：本授权的有效性将自签署本授权书之日起持续最多一年(1)或持续至当年的12月31日。

患者签名

日期

OPKO CONNECT