



# Instrucciones y lista de verificación para la inscripción en REBYOTA Connect

Para obtener asistencia, llame al: 1-877-REBYOTA, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este

Envíe el formulario completado por fax al 1-877-778-7167.

El Programa REBYOTA Connect de Ferring está diseñado para ayudar a los pacientes a acceder a REBYOTA. Este programa ofrece una amplia gama de servicios, resumidos a continuación. No hay costo alguno para inscribirse en el programa, y todos los pacientes a los que se les recetó REBYOTA son elegibles para inscribirse.

## RESUMEN DE LOS SERVICIOS OFRECIDOS A TRAVÉS DE REBYOTA CONNECT

Servicio	Descripción
Servicios de acceso y reembolso	<ul style="list-style-type: none"><li>• Investigación de beneficios</li><li>• Información de autorización previa (prior authorization, PA)</li><li>• Asistencia de apelaciones para rechazos de PA o reclamaciones</li><li>• Apoyo de facturación y codificación</li></ul>
Programa de apoyo con copagos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Seleccionar a los pacientes para determinar si son elegibles para recibir apoyo con copagos y, si son elegibles, iniciar la inscripción en el programa de copagos de REBYOTA.</li></ul>
Programa de fármacos gratuitos de asistencia al paciente	Someta a los pacientes a pruebas de elegibilidad para el programa de asistencia al paciente que proporciona REBYOTA sin costo para los pacientes elegibles. La asistencia para los pacientes elegibles se proporcionará en forma de producto gratuito enviado al centro de administración o reembolso del precio de compra del producto si se procesa después de la administración del producto. El PAP solo cubre el costo del producto y no la administración u otros servicios.
Educación del paciente	Remitir a los pacientes a los materiales educativos de REBYOTA, a los grupos de apoyo de <i>C. diff</i> o a los intercambios de salud estatales si no tienen seguro.

## INSTRUCCIONES Y LISTA DE VERIFICACIÓN DEL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

- Complete todas las secciones obligatorias del formulario de inscripción, incluidas las Secciones 3 y 7 si desea que su paciente sea seleccionado para elegibilidad para PAP.
- Verifique que la información del seguro en la sección 2 coincida con lo que figura en la(s) tarjeta(s) del seguro médico del paciente.
- Firme el certificado de prescripción en la parte inferior de la página 2.
- Asegúrese de que el paciente firme la sección 7 del formulario. **Se requieren dos firmas del paciente para la selección de la elegibilidad para la asistencia financiera.**
- Envíe el formulario completado por fax al 1-877-778-7167.

**Para evitar demoras en el procesamiento, asegúrese de que todas las secciones obligatorias estén completas, incluidas las firmas y la información del seguro coincidan con lo que figura en la tarjeta del seguro médico del paciente.**



Microbiome  
Therapeutics  
Development

Ferring, the Ferring Pharmaceuticals logo are registered trademarks of Ferring B.V.  
REBYOTA es una marca comercial de Ferring B.V. ©2022 Ferring B.V. US-REB-2200071