

Instrucciones para completar el formulario de solicitud de apoyo al paciente REACH

Verificación de beneficios* (complete los pasos 1-4)

- Revise el seguro del paciente para determinar la cobertura
- **Tenga en cuenta lo siguiente:** REACH no puede realizar verificaciones de beneficios sin una receta válida (Paso 4)
- Los pacientes elegibles se inscribirán automáticamente en el NEXAVAR[®] o STIVARGA[®] \$0 co-pay program

Bayer US Patient Assistance Foundation (complete los pasos 1-3 y 5)




- Para pacientes elegibles que necesitan asistencia financiera adicional

Los contactos alternativos pueden incluir a familiares a los que el paciente haya dado permiso para hablar con REACH en su nombre

Información de prescripción

- Es importante completar con precisión esta sección ya que funciona como la receta que se envía a la farmacia especializada

FORMULARIO DE SOLICITUD DE APOYO AL PACIENTE REACH
Teléfono: 1-866-639-2827 Fax: 1-866-639-5181

APOYO SOLICITADO* Verificación de beneficios* Bayer US Patient Assistance Foundation

PASO 1 Información del paciente **Campos obligatorios (*)**

Apellido*:	Nombre*:	Fecha de nacimiento*:	Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Calle*:	Ciudad*:	Estado*:	C.P.*:
Teléfono* - Casa: () -	Celular: () -	Contacto preferido: <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Celular	
¿Está bien dejar un mensaje detallado?: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Correo electrónico:	Idioma preferido:
Nombre y apellido del contacto alternativo:		Teléfono del contacto alternativo: () -	
Relación:			

PASO 2 Información del seguro del paciente (envíe una copia de las tarjetas de seguro) Sin seguro

Seguro médico del paciente*:	Teléfono: () -
Número de grupo:	Número de ID de la póliza*:
Nombre del suscriptor:	Fecha de nacimiento:
Seguro de farmacia del paciente:	¿Este plan cubre los medicamentos recetados? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Número de grupo:	Número de ID de la póliza:
Nombre del suscriptor:	Fecha de nacimiento:
Nombre del médico colaborador:	¿Este plan cubre los medicamentos recetados? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

PASO 3 Información de la persona que receta Dispensación en el consultorio

Nombre del centro/Institución:	Nombre de quien receta*:
Calle*:	Ciudad*:
Teléfono* () -	Fax* () -
Nombre del contacto en la oficina:	Correo electrónico:
Número de identificación fiscal:	Número de NPI:
Nombre del médico colaborador:	

PASO 4 Medicamento recetado
Personas que recetan en el estado de Nueva York: Enviar las recetas en formularios oficiales de prescripción del estado junto con este formulario.

NEXAVAR[®] (sorafenib) Tablets STIVARGA[®] (regorafenib) Tablets

Dosis*:

Frecuencia*:

Alergias:

Cantidad*:

Resultados*:

Otros medicamentos tomados:

FECHA Y FIRMA DE LA PERSONA QUE EMITE LA RECETA

Súrtase como está escrito*: Fecha* [mm/dd/aaaa]:

Sustituciones permitidas: Fecha [mm/dd/aaaa]:

*Los resultados de la verificación de beneficios no son una garantía de cobertura y deben ser verificados por el proveedor dispensador. Para obtener información importante adicional sobre el uso y los riesgos, consulte la Información de prescripción completa para NEXAVAR y la Información de prescripción completa para STIVARGA, incluida la advertencia del recuadro.

LLENE TODOS LOS CAMPOS REQUERIDOS, INCLUIDAS LAS FIRMAS DEL PACIENTE, PARA EVITAR RETRASOS EN EL TRATAMIENTO

Marque este círculo si el paciente no tiene seguro de salud. **Complete el Paso 5 en la página 4.**

Marque este círculo para la **dispensación en el consultorio**

Quienes receten en NY deberán mandar las recetas en los formularios oficiales de prescripción del estado, junto con este formulario

Las firmas faltantes **PROVOCARÁN** un retraso en el procesamiento

Consulte también la página 4 del formulario

PASO 5 Bayer US Patient Assistance Foundation

Bayer ofrece un programa de asistencia al paciente para pacientes con cobertura limitada o sin cobertura de recetas médicas. Si es elegible, NEXAVAR[®] (sorafenib) y STIVARGA[®] (regorafenib) pueden estar disponibles de forma gratuita.

¿Cuántas personas viven en su hogar y dependen de sus ingresos familiares (incluso usted)?
Por ejemplo: usted (1) + su cónyuge (1) + sus hijos (2) + sus padres (2) = 6

¿Cuál es el ingreso total de su hogar? \$

Esto incluye todos los ingresos obtenidos por usted y sus familiares que viven en su hogar. Incluya los ingresos obtenidos por salarios de trabajo, beneficios de jubilación del Seguro Social, beneficios por discapacidad del Seguro Social, desempleo, cualquier pensión y cualquier otro ingreso, incluyendo pensión alimenticia y manutención de los hijos. Sumar todos estos números juntos da el ingreso total de su hogar.

Es posible que deba presentar un comprobante de ingresos, que incluye cualquiera de los siguientes:

- Declaración de impuestos federales 1040 o 1040EZ reciente
- Formulario de impuestos 1099
- Prueba de una carta de no presentación, si no presentó una declaración de impuestos federales
- Declaraciones de salarios/impuestos [W2]

Nombre del paciente en letras de imprenta*:	Primer nombre del paciente*:	Fecha de nacimiento*:	Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Calle*:	Ciudad*:	Estado*:	C.P.*:
<input type="radio"/> NEXAVAR [®] (sorafenib) Tablets <input type="radio"/> STIVARGA [®] (regorafenib) Tablets			
Dosis*:	Cantidad/Suministro*:	Cantidad de reabastecimientos:	
Enumere o adjunte otros medicamentos actuales recetados:			
Alergias a medicamentos conocidas: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí Lista:			

La información financiera ayudará a determinar si su paciente es elegible para asistencia financiera adicional

*Los resultados de la verificación de beneficios no son una garantía de cobertura y deben ser verificados por el proveedor dispensador. Para obtener información importante adicional sobre el uso y los riesgos, consulte la [Información de prescripción completa](#) para NEXAVAR y la [Información de prescripción completa](#) para STIVARGA, incluida la [advertencia del recuadro](#).

FORMULARIO DE SOLICITUD DE APOYO AL PACIENTE REACH

Teléfono: 1-866-639-2827 Fax: 1-866-639-5181



APOYO SOLICITADO*

Verificación de beneficios† Bayer US Patient Assistance Foundation

PASO 1 Información del paciente

Campos obligatorios (*)

Apellido*:	Nombre*:	Fecha de nacimiento*:	Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Calle*:	Ciudad*:	Estado*:	C.P.*:
Teléfono*: Casa: () -	Celular: () -	Contato preferido: <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Celular	
¿Está bien dejar un mensaje detallado?: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Correo electrónico:	Idioma preferido:	
Nombre y apellido del contacto alternativo:	Teléfono del contacto alternativo: () -		
Relación:			

PASO 2 Información del seguro del paciente (envíe una copia de las tarjetas de seguro)

Sin seguro

Seguro médico del paciente*:	Teléfono: () -	
Número de grupo:	Número de ID de la póliza*:	
Nombre del suscriptor:	Fecha de nacimiento:	¿Este plan cubre los medicamentos recetados? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Seguro de farmacia del paciente:	Teléfono: () -	
Número de grupo:	Número de ID de la póliza:	
Nombre del suscriptor:	Fecha de nacimiento:	¿Este plan cubre los medicamentos recetados? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Nombre del médico colaborador:		

PASO 3 Información de la persona que receta

Dispensación en el consultorio

Nombre del centro/Institución:	Nombre de quien receta*:		
Calle*:	Ciudad*:	Estado*:	C.P.*:
Teléfono*: () -	Fax*: () -		
Nombre del contacto en la oficina:	Correo electrónico:	Teléfono: () -	
Número de identificación fiscal:	Número de NPI:		
Nombre del médico colaborador:			

PASO 4 Medicamento recetado

Personas que recetan en el estado de Nueva York: Enviar las recetas en formularios oficiales de prescripción del estado junto con este formulario.

<input type="radio"/> NEXAVAR® (sorafenib) Tablets:	<input type="radio"/> STIVARGA® (regorafenib) Tablets:	
Dosis*:	Frecuencia*:	Alergias:
Cantidad*:	Resurtidos*:	Otros medicamentos tomados:

Certifico que la terapia mencionada arriba es necesaria desde el punto de vista médico y que la información proporcionada es precisa a mi leal saber. Designo a REACH para que entregue en mi nombre esta receta a la farmacia que la va a surtir. Entiendo que no puedo delegar la autorización de firma.

FECHA Y FIRMA DE LA PERSONA QUE EMITE LA RECETA

Súrtase como está escrito*: _____ Fecha* (mm/dd/aaaa): _____
Sustituciones permitidas: _____ Fecha (mm/dd/aaaa): _____

†Los resultados de la verificación de beneficios no son una garantía de cobertura y deben ser verificados por el proveedor dispensador. Para obtener información importante adicional sobre el uso y los riesgos, consulte la [Información de prescripción completa para NEXAVAR](#) y la [Información de prescripción completa para STIVARGA](#), incluida la [advertencia del recuadro](#).

FORMULARIO DE SOLICITUD DE APOYO AL PACIENTE REACH

Teléfono: 1-866-639-2827 Fax: 1-866-639-5181



PERMISO POR ESCRITO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Autorizo el uso y la divulgación de mi Información de Salud Protegida ("PHI", por sus siglas en inglés), como la define la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), que fue modificada por la Ley de Tecnología de la Información para la Salud Clínica y Económica (según se modificó, "HIPAA"). Comprendo que la Información de Salud Protegida es información de salud que me identifica o que se podría usar posiblemente para identificarme, y que la autorización que doy es voluntaria.

Autorizo a mis proveedores de atención médica, incluidos mi médico, farmacias y mi plan de salud, a divulgar mi nombre, dirección y número de teléfono, junto con cierta información médica relacionada con mi tratamiento, mi elegibilidad para asistencia, la planificación de mi atención, la recepción de mi medicación y mi participación en el Programa de apoyo al paciente, REACH, a Bayer y a sus agentes. Comprendo que ciertos proveedores de atención médica, como mis farmacias, pueden recibir pagos de Bayer en relación con el uso y la divulgación de mi PHI tal como se describe en esta autorización.

Permito el uso y divulgación de mi PHI con los siguientes propósitos: (1) Confirmar la información de mi seguro; (2) garantizar la exactitud e integridad del Formulario de inscripción de REACH; (3) ayudar con mis preguntas sobre el pago; (4) determinar si califico para asistencia al paciente; (5) determinar mi elegibilidad para otras fuentes de financiación; (6) proporcionar educación, capacitación y apoyo continuo sobre el uso de mi medicación; (7) enviarme información sobre productos y servicios relacionados con mi tratamiento; (8) enviarme recordatorios de reabastecimiento de mi receta médica y alentar el uso apropiado; (9) comunicarse conmigo, con mis proveedores de atención médica y aseguradoras de planes de salud sobre mi atención médica y tratamiento; (10) comunicarse conmigo para recibir comentarios de investigación de mercado; (11) para fines de apoyo a las ventas y (12) para cumplir con la ley aplicable.

Esta autorización vence al final de mi participación en el programa o 5 años después de que la haya firmado. Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que en caso de cancelar esta autorización, no tendrá ningún efecto sobre cualquier medida que mi proveedor de servicios de salud haya tomado antes de recibir la cancelación. Puedo cancelar esta autorización escribiendo a: Bayer, Attn: Medical Communications, 100 Bayer Boulevard, Whippany, NJ 07981.

También entiendo que las personas o entidades que reciban mi PHI en función de esta autorización no están obligadas por las leyes de privacidad (como la Ley HIPAA de Privacidad) a proteger la información y la pueden compartir con otros sin mi consentimiento, si está permitido por las leyes. Comprendo que no necesito firmar este formulario para recibir tratamiento médico o medicamentos. También entiendo que una vez que libero mi PHI de esta manera, ya no está protegida por las leyes de privacidad.

Mis proveedores de atención médica y la aseguradora del plan de salud no condicionarán mi tratamiento médico o su pago, inscripción al seguro, o elegibilidad de beneficios de seguro a que firme este formulario. Sin embargo, el Programa necesita acceso a la PHI para proporcionarme asistencia. Comprendo que si no acepto compartir mi PHI tal como se describe en este formulario, Bayer no podrá proporcionarme asistencia en virtud del Programa.

He leído esta autorización o me han leído su contenido. He podido hacer preguntas sobre el uso y la divulgación de mi PHI, se me y respondieron satisfactoriamente todas las preguntas que tenía. Al enviar este formulario, acuerdo recibir comunicaciones de Bayer por correo, por correo electrónico, por teléfono u otros medios electrónicos. Autorizo el uso y la divulgación de mi información, tal como se describe en este formulario. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia firmada de esta autorización.

He leído y acepto los términos y condiciones del NEXAVAR o STIVARGA \$0 co-pay program en la página 3.

FECHA Y FIRMA DEL PACIENTE

Firma del paciente: _____ Fecha (mm/dd/aaaa): _____

Si está firmado por un representante legal:

Nombre en letra de imprenta: _____ Relación con el paciente: _____

TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL NEXAVAR O STIVARGA \$0 CO-PAY PROGRAM

- El paciente debe cumplir con los requisitos de elegibilidad del NEXAVAR o STIVARGA \$0 co-pay program; por ejemplo, solo los pacientes asegurados comercialmente son elegibles
- La elegibilidad del paciente se reevaluará anualmente
- La oferta está expresamente supeditada al requisito de que el paciente entienda, acepte y cumpla con todos los requisitos del programa de copago
- El uso del programa de copago debe ser regular y no estar prohibido por los requisitos del seguro médico del paciente
- De acuerdo con este programa de copago, el paciente se compromete a no presentar ninguna parte del producto dispensado en este programa de copago a un programa de atención médica federal o estatal con el fin de contabilizarlo como gastos de bolsillo del paciente (como Medicaid)
- La asistencia para copago tiene un límite de \$25,000 por año, por paciente
- El uso del copago de \$0 debe ser para el uso de NEXAVAR[®] (sorafenib) o STIVARGA[®] (regorafenib) que sea coherente con las indicaciones aprobadas por la FDA
- El programa no cubre los costos asociados con la visita del paciente, incluidos los gastos de prescripción, de personal o administrativos asociados con la administración del producto Bayer que corresponda
- Oferta válida solo para pacientes tratados en los Estados Unidos, incluidos Puerto Rico, Guam y territorios de los Estados Unidos
- Bayer se reserva el derecho de determinar la elegibilidad, supervisar la participación, distribuir equitativamente el producto y modificar o interrumpir el programa de copago \$0 en cualquier momento, con o sin aviso
- El paciente acepta proporcionar la información de salud necesaria a los administradores del NEXAVAR o STIVARGA \$0 co-pay program
- **Si tiene preguntas sobre el NEXAVAR o STIVARGA \$0 co-pay program, llame a la línea de asistencia del \$0 co-pay program al 1-866-581-4992**

APOYO AL PACIENTE FORMULARIO DE SOLICITUD

Teléfono: 1-866-639-2827 Fax: 1-866-639-5181



Bayer US Patient
Assistance Foundation

Complete el Paso 5 para obtener asistencia financiera adicional

PASO 5 Bayer US Patient Assistance Foundation

Bayer ofrece un programa de asistencia al paciente para pacientes con cobertura limitada o sin cobertura de recetas médicas. Si es elegible, NEXAVAR® (sorafenib) y STIVARGA® (regorafenib) pueden estar disponibles de forma gratuita.

¿Cuántas personas viven en su hogar y dependen de sus ingresos familiares (incluso usted)? _____

Por ejemplo: usted (1) + su cónyuge (1) + sus hijos (2) + sus padres (2) = 6

¿Cuál es el ingreso total de su hogar? \$ _____

Esto incluye todos los ingresos obtenidos por usted y sus familiares que viven en su hogar. Incluya los ingresos obtenidos por salarios de trabajo, beneficios de jubilación del Seguro Social, beneficios por discapacidad del Seguro Social, desempleo, cualquier pensión y cualquier otro ingreso, incluyendo pensión alimenticia y manutención de los hijos. Sumar todos estos números juntos da el ingreso total de su hogar.

Es posible que deba presentar un comprobante de ingresos, que incluye cualquiera de los siguientes:

- Declaración de impuestos federales 1040 o 1040EZ reciente
- Formulario de impuestos 1099
- Prueba de una carta de no presentación, si no presentó una declaración de impuestos federales
- Declaraciones de salarios/impuestos (W2)

Nombre del paciente en letras de imprenta*: _____ Primer nombre del paciente*: _____ Fecha de nacimiento*: _____ Sexo: M F

Calle*: _____ Ciudad*: _____ Estado*: _____ C.P.*: _____

NEXAVAR® (sorafenib) Tablets STIVARGA® (regorafenib) Tablets

Dosis*: _____ Cantidad/Suministro*: _____ Cantidad de reabastecimientos: _____

Enumere o adjunte otros medicamentos actuales recetados: _____

Alergias a medicamentos conocidas: No Sí Lista: _____

Autorización del profesional de atención médica

Certifico que soy el profesional de atención médica que recetó el medicamento solicitado en esta solicitud para el beneficio exclusivo del paciente mencionado, y que mi decisión de recetar se basó en mi juicio profesional independiente. Autorizo al programa de medicamentos gratuitos de Bayer US Patient Assistance Foundation (el "Programa") y a los agentes que actúan en su nombre a utilizar la información de mi proveedor, incluida la identificación nacional del proveedor, en el proceso de evaluación de elegibilidad, y a remitir esta receta, según sea necesario, a una farmacia dispensadora. Además de lo anterior, mi firma a continuación certifica lo siguiente: (i) no cobraré a los pacientes ningún cargo por, o relacionado con, su solicitud, inscripción en el Programa, cualquier copago u otro monto de costo compartido relacionado con el medicamento gratuito proporcionado bajo el Programa; (ii) no se podrá presentar ninguna reclamación por el pago de ningún producto proporcionado a través del Programa a ningún tercero pagador, incluidas aseguradoras privadas, Medicaid o Medicare; (iii) este medicamento proporcionado por el Programa solo será utilizado por el paciente mencionado en este formulario y no se ofrecerá para la venta, comercio, cambio ni se devolverá para obtener crédito; (iv) el paciente que solicita asistencia a través del Programa está siendo tratado en un entorno ambulatorio; (v) a mi leal saber y entender, la información proporcionada en este formulario es actual, completa y precisa.

Entiendo y reconozco que (i) la presentación de la solicitud no garantiza la elegibilidad del paciente en el Programa; (ii) el Programa tiene derecho a suspender el Programa en cualquier momento; y (iii) la medicación proporcionada a través del Programa para los pacientes inscritos no depende de ninguna receta pasada, presente o futura para este o cualquier otro producto de Bayer.

FECHA Y FIRMA
DE LA PERSONA
QUE EMITE LA RECETA

Firma de la persona que receta (requerido): _____ Fecha (mm/dd/aaaa): _____

APOYO AL PACIENTE FORMULARIO DE SOLICITUD

Teléfono: 1-866-639-2827 Fax: 1-866-639-5181



Bayer US Patient
Assistance Foundation

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD

Acepto permitir que mis proveedores de atención médica y aseguradoras de salud proporcionen al programa de medicamentos gratuitos de Bayer US Patient Assistance Foundation, a Bayer y a sus agentes, mi información personal y médica, incluida la afección de salud, el diagnóstico y los medicamentos, para los siguientes fines: (1) (i) Determinar si soy elegible para el programa, (ii) proporcionarme medicamentos gratuitos a través del programa de medicamentos gratuitos de Bayer US Patient Assistance Foundation si soy elegible para participar, y (iii) cumplir con todas las leyes que puedan requerir el uso o la divulgación de mi información. (2) Ponerse en contacto conmigo o con mi proveedor de atención médica para obtener información adicional para evaluar cualquier evento adverso o queja sobre el producto que yo informe o que mi proveedor informe en mi nombre. (3) Ponerse en contacto conmigo para solicitar comentarios sobre la calidad o el servicio al cliente del programa. (4) Gestión y administración adecuadas del programa y según lo permitido o requerido por la ley aplicable.

ENTIENDO QUE:

(1) La solicitud a Bayer US Patient Assistance Foundation es totalmente voluntaria y puedo optar por no completar ni firmar este formulario. Mi decisión no cambiará la forma en que mis proveedores de atención médica o aseguradoras de salud me tratan. Sin embargo, si no completo y firmo esta solicitud, no podré participar en el programa de medicamentos gratuitos de Bayer US Patient Assistance Foundation. (2) Las leyes de privacidad no pueden impedir la divulgación de mi información después de que se haya proporcionado al programa, a Bayer, a sus agentes o a terceros proveedores autorizados para administrar el programa. (3) Este consentimiento para proporcionar mi información personal y médica continuará hasta que ya no esté inscrito en el programa o hasta que decida cancelar mi consentimiento, lo que puedo hacer en cualquier momento. (4) Puedo cancelar mi autorización en cualquier momento escribiendo a Bayer US Patient Assistance Foundation, PO Box 5670, Louisville, KY 40255. Cancelar mi consentimiento no tendrá ningún efecto sobre la información dada o utilizada por el programa o sus agentes antes de que el programa reciba mi notificación por escrito para cancelar el consentimiento. (5) Debo conservar una copia de este formulario. También puedo obtener una copia poniéndome en contacto con el programa al 1-866-2BUSPAF (1-866-228-7723).

CONSENTIMIENTO DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Al solicitar el programa de medicamentos gratuitos de Bayer US Patient Assistance Foundation, entiendo y acepto que: (i) no se aplican cargos por participar, y mi participación en el programa no depende de ningún requisito de compra o uso de un producto de Bayer; (ii) completar y firmar la solicitud del programa no garantiza mi elegibilidad; (iii) el programa puede cambiar o finalizar en cualquier momento; (iv) no venderé ni comercializaré ningún medicamento que obtenga a través de este programa; (v) notificaré al programa dentro de los treinta (30) días si ocurre algún cambio en mis ingresos, seguro médico, elegibilidad para inscribirme en la Parte D de Medicare o cualquier otra razón que pueda afectar mi elegibilidad; (vi) no buscaré recibir un reembolso ni crédito de mi proveedor de seguros, incluidos los planes de la Parte D de Medicare, por medicamentos que reciba a través del programa; (vii) no solicitaré crédito por medicamentos del programa para que se contabilicen como gastos de bolsillo reales conforme a la Parte D de Medicare; (viii) la información que proporcioné en esta solicitud es correcta y está completa.

Estoy proporcionando "instrucciones por escrito" en virtud de la Ley de Equidad de Informes de Crédito al programa, incluidos sus agentes, administradores y proveedores de servicios, autorizando al programa a obtener información de mi perfil de crédito y/u otra información de Experian Health. Autorizo a Bayer US Patient Assistance Foundation, incluidos sus agentes, administradores y proveedores de servicios, a obtener dicha información únicamente para determinar mi elegibilidad para participar en el programa.

FECHA Y FIRMA DEL PACIENTE

Firma del paciente: _____ Fecha (mm/dd/aaaa): _____

Si está firmado por un representante legal:

Nombre en letra de imprenta: _____ Relación con el paciente: _____

Para obtener información importante adicional sobre el uso y los riesgos, consulte la [Información de prescripción completa](#) para NEXAVAR y la [Información de prescripción completa](#) para STIVARGA, incluida la [advertencia del recuadro](#).

© 2020 Bayer. BAYER, la cruz de Bayer, NEXAVAR, REACH y STIVARGA son marcas comerciales registradas de Bayer.

Todos los derechos reservados. MAC-TKI-US-0020-2 04/20

