

La versión de este formulario en idioma español tiene fines de traducción únicamente y no puede ser presentada para inscribirse en OnePath. Una vez que haya leído este formulario, firme y envíe la versión en idioma inglés para la inscripción.

VPRIV[®]
velaglucerasa alfa
for injection

OnePath[®]

**Complete las secciones 1 - 7 y envíe por fax las páginas 1 y 2 completas al:
1-888-990-0008 Teléfono: 1-866-888-0660**

Formulario OnePath[®] de Inicio de VPRIV[®] (velaglucerasa alfa) para inyección y Autorización para los servicios OnePath[®]

1. Información del médico que receta

Nombre y apellido _____
N.º de id. de proveedor nacional _____
N.º de identificación tributaria _____ N.º de licencia del estado _____

Dirección _____ Ciudad _____
Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____
Contacto del consultorio _____ Fax _____

2. Información del centro de atención

Nombre del centro de atención _____
Dirección _____ Ciudad _____
Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____

Infusión domiciliaria (proporcione la dirección de la compañía de infusión domiciliaria a continuación) _____
Contacto del consultorio _____ Fax _____
N.º de id. de proveedor nacional _____

3. Información sobre el paciente

Nombre (Primero, Inicial del segundo, Apellido) _____ Masculino
Edad _____ Últimos 4 dígitos del número del seguro social _____ Femenino
Fecha de nacimiento: Mes/Día/Año _____ Teléfono móvil _____
Teléfono laboral _____ Teléfono de la casa _____

Dirección _____ Ciudad _____
Estado _____ Código postal _____ Dirección de correo electrónico _____
Peso del paciente (kg) _____ Nombre y apellido del cuidador _____
Teléfono del cuidador _____ Relación con el paciente _____

4. Información sobre el seguro

Adjunte copias de ambos lados de la(s) tarjeta(s) del seguro del paciente

Marque si el paciente no tiene seguro _____
Seguro primario _____ Teléfono del seguro _____
Nombre y apellido del titular de póliza _____ Relación con el paciente _____
Seguro secundario _____ Teléfono del seguro _____ N.º de póliza _____ N.º de grupo _____

N.º de póliza _____ N.º de grupo _____
Nombre del plan de farmacia _____ N.º Bin Rx _____
Teléfono del plan de farmacia _____ N.º PCN Rx _____
Nombre y apellido del titular de póliza _____ Relación con el paciente _____

5. Autorización del médico

Al firmar este formulario, certifico que la terapia con VPRIV es médicamente necesaria para el paciente identificado en esta solicitud (el "Paciente"). He revisado la información de prescripción actual de VPRIV y supervisaré el tratamiento del Paciente. He recibido del paciente, o de su representante personal, la autorización necesaria para divulgar, de conformidad con las disposiciones de las leyes estatales y federales aplicables, la información médica a la que se hace referencia y/u otra información del paciente en relación con la terapia con VPRIV a Takeda Pharmaceutical Company Limited, incluidos sus agentes o contratistas, para el propósito de obtener información relacionada con la cobertura y/o que colaboren con el inicio o la continuación de la terapia con VPRIV. Autorizo a OnePath[®] a transmitir esta receta a la farmacia correspondiente designada por mí, por el paciente o por el plan del paciente. Acepto que el producto proporcionado a través del programa deberá utilizarse únicamente para el Paciente, no deberá revenderse ni ofrecerse para la venta o comercio, ni deberá ser devuelto para el crédito.

Firme aquí

Firma del prescriptor:

(NO SE ACEPTAN SELLOS)

DISPENSAR COMO ESTÁ ESCRITO

Fecha

6. Inscribese en QuickStart (opcional)

QuickStart

El programa QuickStart ofrece el producto VPRIV[®] sin cargo a pacientes elegibles a los que un médico les haya recetado VPRIV[®] mientras se revisa una autorización previa. QuickStart no cubre los costos de posología y administración. QuickStart es válido únicamente hasta para dos (2) dosis por paciente. No válido para recetas cubiertas por Medicaid, Medicare u otros programas estatales o federales similares, o que hayan sido presentadas ante tales programas para su reembolso. Vea la página 3 para obtener detalles adicionales.

Asegúrese de que el paciente lea y firme la página 2 para obtener la debida autorización.

1

**Complete las secciones 1 - 7 y envíe por fax las páginas 1 y 2 completas al:
1-888-990-0008 Teléfono: 1-866-888-0660**

Autorización para los servicios OnePath®

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento: Mes/Día/Año _____

7. Autorización del paciente para compartir la información de salud protegida e Inscripción en OnePath®

Autorizo a cualquier plan de salud, médico, profesional de cuidados de la salud, hospital, clínica, proveedor farmacéutico u otro proveedor de cuidados de la salud (en conjunto, "Proveedores") a divulgar mi información de salud protegida, incluida la información personal relacionada con mi afección médica, el tratamiento, la administración de los cuidados y seguro de salud, como también toda la información proporcionada en este formulario y cualquier medicamento de venta con receta (la "Información"), a Takeda Pharmaceutical Company Limited, sus afiliadas y sus representantes, agentes y contratistas (en conjunto, la "Compañía" o "Takeda") en relación con la disposición de la Compañía sobre productos, suministros o servicios. Comprendo que la Compañía proporcionará esta Información a una farmacia especializada para abastecer el medicamento de venta con receta. Esta Información también puede usarse para usos internos por parte de la Compañía, incluidos los análisis de datos. Además, comprendo que mi proveedor de cuidados de la salud puede recibir remuneración financiera por parte de Takeda por los servicios de comercialización.

Además, la Compañía puede usar esta Información para los Servicios de apoyo para el producto de OnePath® (si acepto a continuación), como la verificación de la cobertura del fármaco y beneficios del seguro, apoyo para la obtención de la autorización previa, asistencia financiera con los copagos, programas de asistencia al paciente, fuentes de financiamiento alternativas, otros programas relacionados, la comunicación conmigo o con mi médico prescriptor por correo postal, correo electrónico o por teléfono acerca de mi afección médica, el tratamiento, la administración de los cuidados, la información del producto y el seguro de salud. Además, si marco la casilla a continuación con respecto a las comunicaciones de comercialización, autorizo a la Compañía a usar y divulgar mi Información para enviarme materiales de comercialización (según se describe a continuación).

Comprendo que una vez divulgada a la Compañía, mi Información médica personal divulgada en virtud de esta Autorización puede ya no estar protegida por la ley federal de privacidad, incluida la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de la Salud. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización. Comprendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento, enviando una notificación por escrito de la revocación a OnePath, 300 Shire Way, Lexington, MA 02421. Comprendo que dicha revocación no se aplicará a cualquier información que ya se haya utilizado o divulgado a través de esta Autorización. Esta Autorización vencerá dentro de un plazo de cinco (5) años a partir de la fecha de hoy, a menos que la ley estatal establezca un período más breve. Comprendo que me puedo negar a firmar esta Autorización y que negarme a firmar esta Autorización no cambiará la manera en que me tratan mi médico, mi seguro de salud y mis proveedores farmacéuticos. También entiendo que si no firmo esta Autorización, no podré recibir los productos, suministros o servicios del Programa de apoyo para el producto de OnePath®.

Inscripción en OnePath® (debe marcar la casilla para inscribirse en los servicios de asistencia para productos a través de OnePath®)

Decido inscribirme en los Servicios de apoyo para el producto de OnePath® (los "Servicios") y dirigir todas las divulgaciones de mi Información en relación con dichos Servicios (lo cual puede incluir, entre otros, la verificación de la cobertura del fármaco y beneficios del seguro, apoyo para la obtención de la autorización previa, asistencia financiera con los copagos, programas de asistencia al paciente, fuentes de financiamiento alternativas, otros programas relacionados, la comunicación conmigo o con mi médico prescriptor por correo postal, correo electrónico o por teléfono acerca de mi afección médica, el tratamiento, la administración de los cuidados, la información del producto y el seguro de salud).

Al marcar esta casilla, autorizo el uso de mi Información para las actividades de comercialización de Takeda, y acepto recibir comunicaciones de comercialización y promoción por parte de Takeda. Por medio del presente, otorgo mi consentimiento para que Takeda, sus filiales y sus agentes y representantes me envíen comunicaciones e información a través de la información de contacto que he proporcionado anteriormente. Comprendo que este consentimiento tendrá vigencia hasta que cancele dicha autorización.

Firme aquí

Firma del paciente /representante legal

Indique la relación

Fecha

Sección 1: Información del médico que receta

- Llene el formulario por completo

Sección 2: Información del centro de atención

- Proporcione información completa acerca del centro de atención del paciente, incluido el número de teléfono y el n.º de id. de proveedor nacional
- Si el paciente recibirá VPRIV (velaglucerasa alfa) para inyección en su hogar, proporcione la información de contacto de la compañía de infusión domiciliar en lugar de la información del centro de atención

Secciones 3 & 4: Información del paciente y del seguro

- No envíe a Takeda ninguna documentación de análisis clínicos, historia clínica u otros documentos para respaldar el proceso de autorización previa

Sección 5: Autorización del médico

- La casilla VPRIV® debe estar marcada para comenzar la terapia
- Firme y feche

Sección 6: Inscríbase en QuickStart

- Marque la casilla de QuickStart para inscribir a un paciente en el programa QuickStart
- Los pacientes elegibles a los que un médico les haya recetado VPRIV® pueden recibir el producto VPRIV® sin cargo mientras se revisa una autorización previa
- El plan de seguro debe solicitar una autorización previa para calificar para QuickStart
- QuickStart no cubre los costos de posología y administración
- QuickStart es válido únicamente hasta para dos (2) dosis por paciente.
- No válido para recetas cubiertas por Medicaid, Medicare u otros programas estatales o federales similares, o que hayan sido presentadas ante tales programas para su reembolso
- El producto de QuickStart se suministra a través de una farmacia no comercial; si tiene preguntas, comuníquese con OnePath® al 1-866-888-0660

Takeda se reserva el derecho a rescindir, revocar o modificar el programa QuickStart en cualquier momento sin previo aviso. Aplican restricciones y requisitos de elegibilidad adicionales del programa. Oferta válida solo en Estados Unidos. Nulo donde esté prohibido por ley, sujeto a impuestos o restringido.

Sección 7: Autorización del paciente para compartir la Información de salud protegida e Inscripción en OnePath®

- Se requiere la firma del paciente para permitir la divulgación por parte de terceros de información personal de salud a Takeda, para facilitar el acceso a VPRIV® (beneficios de seguro, envío de recetas a SPP, etc.)
- Es necesario marcar la casilla de verificación de Inscripción a OnePath® para permitirles a los pacientes elegibles recibir servicios de asistencia para productos que los ayuden en la obtención de VPRIV®
- Si el apoderado de atención médica del paciente firma en nombre del paciente como su representante legal, envíe la documentación legal del apoderado de atención médica con este formulario de INICIO o lo antes posible
- Un representante legal puede firmar en nombre de pacientes menores de 18 años o si se lo designa como apoderado de atención médica

Ejemplos de servicios disponibles para pacientes elegibles a través de OnePath®

- Inscripción en OnePath®: gerente exclusivo de apoyo al paciente y servicios personalizados de asistencia para productos
- Investigación sobre beneficios
- Asistencia de copagos (cuando corresponda) e información sobre las opciones de asistencia económica, según sea necesario

¿Qué sucede a continuación?

- Luego de enviar el formulario completado a OnePath®, los pacientes elegibles serán asignados a un gerente exclusivo de apoyo al paciente
- El gerente de apoyo al paciente se comunicará directamente con el paciente para informarle acerca de los servicios que se encuentran disponibles a través de OnePath® y para dar inicio al proceso de verificación del seguro
- El gerente de apoyo al paciente trabajará con la compañía aseguradora para determinar los beneficios del seguro
 - Si corresponde, OnePath® evaluará la elegibilidad del paciente para obtener asistencia en copagos y proporcionará información acerca de otros posibles medios de asistencia para permitirle al paciente acceder a VPRIV®
- El gerente de apoyo al paciente notificará al consultorio del médico cualquier requisito del proceso de autorización previa identificado durante la investigación de beneficios, si corresponde

Complete las secciones 1 - 7 y envíe por fax las páginas 1 y 2 completas al: 1-888-990-0008 Teléfono: 1-866-888-0660