

¿PREGUNTAS? LLAME A IPSEN CARES AL 1-866-435-5677

IPSEN CARES®

Formulario de Inscripción



Por favor imprima el formulario, llénelo por completo, fírmelo y

ENVÍE POR FAX AL 1-888-525-2416

Para ser llenado por el paciente y la oficina del médico.

Todos los Servicios del Programa IPSEN CARES Únicamente Verificación de Beneficios

PACIENTE

Nombre del Paciente (Nombre y Apellido) _____ Teléfono del Cuidador/Contacto Alterno (____) _____
Dirección del Paciente _____ Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA) ____/____/____ Masculino Femenino
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Dirección de Correo Electrónico _____
Nombre del Cuidador/Contacto Alterno _____ Teléfono del Hogar (____) _____ Otro Teléfono (____) _____
Relación de Cuidador/Contacto Alternativo con el Paciente _____ Idioma Preferido _____

SEGUROS

Llene o adjunte copia del anverso y reverso de las tarjetas de beneficios farmacéuticos y médicos, del seguro principal y secundario del paciente.
¿Está asegurado el paciente? Sí No # Póliza/Empleador/Grupo _____
¿Tiene el paciente seguro secundario? Sí No Compañía de Seguro Médico _____
Compañía de Seguro Farmacéutico _____ Teléfono de la Compañía de Seguros (____) _____
Teléfono de la Compañía de Seguros (____) _____ Nombre del Suscriptor _____
Identificación de la Póliza del Suscriptor _____ # Identificación de la Póliza del Suscriptor _____
¿El Médico es un Proveedor Participante? (marque una) Participante No Participante

RECETADOR

Nombre del Recetador _____ Dirección Física _____
DEA _____ # Licencia Estatal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Identificación Fiscal _____ # NPI _____ Contacto en la Oficina y Cargo _____
Proveedor Medicaid (Requerido si el Paciente tiene Medicado) _____ Teléfono (____) _____ Fax (____) _____
PTAN Medicare (Requerido si el Paciente tiene Medicare) _____ Dirección de Correo Electrónico _____
Oficina/Institución _____ Método Preferido de Contacto Teléfono Fax
Especialidad Oncólogo Endocrinólogo Otra _____

INFORMACIÓN SOBRE LA RECETA Y EL TRATAMIENTO

Inyección ONIVYDE® (liposoma irinotecan)

Código de Diagnóstico 1 (requerido) _____ Código EMG _____ Código PT _____ HCPCS _____
Código de Diagnóstico 2 _____ Fecha del Servicio (si es programado) _____
Intensidad _____ Frecuencia _____
Cantidad _____ Número de Recargas _____
Ruta: Inyección Intravenosa (IV)
Sitio de Atención Oficina del Médico Hospital/Ambulatorio Centro de Infusión Otro _____
Instrucciones de Uso _____

CERTIFICACIÓN DEL RECETADOR/GERENTE DE LA OFICINA

Mediante la firma a continuación, certifico que una receta firmada por un recetador autorizado está en el expediente para la terapia citada arriba y que el paciente nombrado en este formulario ha proporcionado la autorización necesaria para liberar la información aquí contenida e información médica y/o del paciente relacionada con la terapia ONIVYDE a Ipsen y sus agentes o contratistas con el propósito de buscar reembolso para la terapia ONIVYDE, asistir a iniciar o continuar la terapia ONIVYDE y/o evaluar la elegibilidad del paciente para los programas de apoyo a los pacientes de Ipsen administrados por IPSEN CARES. Autorizo a Ipsen para ser mi agente y para enviar la receta anterior, por fax u otro modo de entrega, a la farmacia escogida por el paciente nombrado en este formulario. Para el estado de Nueva York, las copias de todas las recetas deben estar en formularios de recetas oficiales de Nueva York. Yo certifico que cualquier medicamento recibido, de Ipsen en relación con cualquier programa IPSEN CARES será utilizado únicamente para el paciente nombrado.

Estos medicamentos no serán ofrecidos para venta, comercio o trueque. Adicionalmente, ninguna reclamación por reembolso será presentada respecto de estos medicamentos a ningún pagador, incluyendo Medicare, Medicaid, o cualquier otro programa de seguro de salud federal o estatal, y ningún medicamento será devuelto por crédito. Si el paciente nombrado no regresa para terapia, el producto será devuelto a Ipsen. Reconozco que he asistido al paciente a inscribirse en IPSEN CARES exclusivamente para propósitos del cuidado del paciente y no en consideración, expectativa o recepción real de remuneración de ningún tipo.

Nombre _____ Cargo _____
Firma _____ Fecha _____

Por favor vea la [Información de Prescripción](#) completa que se adjunta, incluyendo el RECUADRO DE ADVERTENCIA.

IPSEN CARES®
Coverage, Access, Reimbursement & Education Support

¿PREGUNTAS? LLAME A IPSEN CARES® AL 1-866-435-5677

¿Ha usted documentado que su paciente ha experimentado una respuesta inadecuada o que no puede ser tratado con cirugía y/o radioterapia?

Sí No

Diagnóstico (Código ICD-10-CM) _____ Descripción _____

Código CPT _____ Descripción _____

Fecha de Diagnóstico ____/____/____ Fecha de Inicio de Terapia ____/____/____

¿Se han utilizado otros productos para tratar a este paciente? Sí No Producto _____ Fecha de la Última Inyección ____/____/____

Alergias Ninguna Alergia a Medicamento Conocida Liste las Alergias _____

Liste los Medicamentos _____

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Firma y Autorización del Paciente - Programa IPSEN CARES

Autorizo a mis proveedores de servicios de salud (incluyendo a las farmacias que podrían recibir mi receta para ONIVYDE®) a divulgar información de salud personal (por sus siglas en inglés "PHI") acerca de mí, incluyendo información de salud relacionada con mi condición médica, receta y cobertura del seguro, a Ipsen Biopharmaceuticals, Inc., sus afiliadas y sus agentes que han sido contratados para administrar programa de Apoyo a la Cobertura, Acceso, Reembolso y Educación de IPSEN (IPSEN CARES) en su representación (conjuntamente, "Ipsen") a fin de que Ipsen (1) me inscriba en IPSEN CARES; (2) establezca mi elegibilidad para beneficios y posibles costos de bolsillo de ONIVYDE; (3) se comunique con mis proveedores de servicios sanitarios y planes de salud acerca de mi plan de tratamiento; (4) proporcione servicios de apoyo incluyendo educación del paciente y asistencia financiera para ONIVYDE; (5) ayude a que ONIVYDE me sea enviado a mí o a mis proveedores de servicios de salud; (6) evalúe mi elegibilidad para la administración de servicios de salud en el hogar si es solicitado por mi médico; y (7) facilite mi participación en los programas de pacientes ONIVYDE sobre los cuales he elegido recibir información, como se indica a continuación. Estoy de acuerdo en que, utilizando la información de contacto que proporcioné, Ipsen me puede contactar por razones relacionadas con el programa IPSEN CARES y servicios de apoyo, y podría dejar mensajes para mí que pudieran divulgar que recibo terapia ONIVYDE. Acepto ser contactado por un representante del programa IPSEN CARES a fin de que el programa obtenga mayor información o clarificación respecto de cualquier evento adverso que yo pudiera experimentar.

Entiendo que una vez que mi PHI ha sido divulgada a Ipsen, ya no está protegida por las leyes federales de privacidad e Ipsen la puede divulgar nuevamente; sin embargo, Ipsen ha acordado proteger mi PHI, utilizándola y divulgándola únicamente para los propósitos descritos anteriormente o como lo requiera la ley. Entiendo que mis proveedores de servicios de salud podrán recibir remuneración de Ipsen a cambio de mi PHI y/o por cualquier servicio de terapia de apoyo que se me proporcione.

Puedo revocar esta autorización llamando a IPSEN CARES al 1-866-435-5677 o enviando un carta solicitando dicha revocación a IPSEN CARES, 11800 Weston Parkway, Cary, NC 27513, pero no cambiará ninguna de las acciones tomadas antes de que yo haya revocado la autorización. La revocación de la autorización terminará usos futuros y divulgaciones de mi PHI por las partes identificadas en este formulario, excepto en la medida en que esos usos y divulgaciones se hayan hecho con base en mi autorización. Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario y, si lo hago, no podré participar en los programas IPSEN CARES, pero no afectará mi elegibilidad para obtener tratamiento médico, mi habilidad para buscar pago para este tratamiento, ni afectará mi inscripción en el seguro o elegibilidad para la cobertura del seguro. Esta autorización vence un año después de la fecha en que la firmo a continuación. Entiendo que recibiré una copia de la autorización firmada.

Nombre del Paciente _____	Cuidador _____
Nombre _____	Relación con el Paciente _____
Firma _____	Fecha _____
Fecha de Nacimiento del Paciente _____	Número de Teléfono del Paciente _____

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PRODUCTO Y DE APOYO

- estoy de acuerdo en ser contactado por mensajes de texto automatizados ("textos") al número de teléfono móvil que proporcioné a continuación con el propósito de ayudarme/ayudar al paciente a continuar la terapia, los cuales pueden promover o publicitar los productos Ipsen incluidos en el plan de terapia. Certifico que el número que estoy proporcionando me pertenece y no es de un miembro de mi familia ni de un tercero. Entiendo que puedo dejar de recibir las comunicaciones individuales del programa por completo en cualquier momento llamando al 866-435-5677 o respondiendo "ALTO" por mensaje de texto a cualquier texto de Ipsen. Ipsen no venderá ni rentará esta información, y la utilizará únicamente en conformidad con esta autorización y consentimiento. El consentimiento para ser contactado por mensajes de texto no es una condición de participación en los programas IPSEN CARES® o la compra de cualquier producto o servicio. Entiendo que podrían aplicar las tarifas por mensajes de texto o datos del operador del servicio celular. Vea la política de privacidad en www.ipsencares.com. Esta autorización es válida por un año desde la fecha en que el formulario es firmado. Si estoy proporcionando este consentimiento en representación de otra persona, certifico que estoy autorizado para aceptar cualquier elemento de este consentimiento en representación de dicha otra persona, y estoy de acuerdo en que seré responsable y mantendré libre de responsabilidades a Ipsen en caso de que dicha otra persona alegue que no dio el consentimiento.

- Además de participar en el programa IPSEN CARES citado arriba, también me gustaría recibir información de Ipsen vía mensaje de texto y llamadas de voz, lo cual puede incluir telemarketing, anuncios y material educativo acerca de ONIVYDE y programas que dan apoyo a pacientes. Estos mensajes de texto y llamadas de voz podrán hacerse mediante el uso de sistemas de marcado automático por teléfono. Certifico que el número que estoy proporcionando me pertenece y no es de un miembro de mi familia ni de un tercero. Entiendo que no tengo que firmar esta sección del formulario a fin de participar en el programa IPSEN CARES, y puedo revocar esta autorización para recibir información adicional sobre producto en cualquier momento. Al firmar a continuación acepto que Ipsen y sus agentes pueden utilizar mi información personal (incluyendo nombre, dirección, número de teléfono y/o correo electrónico) para proveer estos servicios e Ipsen también puede contactarme para solicitar mis opiniones acerca de ONIVYDE y los productos y servicios de Ipsen. Entiendo que las tarifas estándar de mi operador de teléfono celular podrían aplicar para llamadas a mi teléfono celular. Esta autorización es válida por un año desde la fecha en que el formulario es firmado. Puedo revocar esta autorización llamando al 866-435-5677 o enviando una solicitud por escrito a: IPSEN CARES, 11800 Weston Parkway, Cary, NC 27513. Si estoy proporcionando este consentimiento en representación de otra persona, certifico que estoy autorizado para acordar cualquier elemento de este consentimiento en representación de dicha otra persona, y estoy de acuerdo en que seré responsable y mantendré libre de responsabilidades a Ipsen en caso de que dicha persona alegue que no dio el consentimiento.

Nombre del Paciente _____ Cuidador _____
Nombre _____ Relación con el Paciente _____
Firma _____ Fecha _____

Por favor vea la [Información de Prescripción](#) completa que se adjunta, incluyendo el RECUADRO DE ADVERTENCIA.