

**Imprima el formulario, complételo todo, fírmelo y envíelo por fax al: 1-855-465-3820**

IPSEN CARES debe recibir todas las páginas para que el formulario esté completo.



200 | 400 | 600 | 1200 mcg capsules

**ASEGÚRESE DE REVISAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE IPSEN CARES ORIGINAL****AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USAR/DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA: PROGRAMA IPSEN CARES**

Autorizo a mi(s) médico(s) y a su personal (incluidas las farmacias que puedan recibir mi receta para Bylvay) a divulgar mi información médica protegida (protected health information, "PHI"), incluida información médica sobre el seguro, la receta, la gestión de la atención y la afección médica, a Ipsen Biopharmaceuticals, Inc. y/o sus filiales, y/o sus agentes o proveedores externos que hayan sido contratados para administrar el programa Cobertura, acceso, reembolso y apoyo educativo de Ipsen (Ipsen Coverage, Access, Reimbursement and Education Support, IPSEN CARES) (en conjunto, "Ipsen") con el fin de que Ipsen (1) me inscriba en IPSEN CARES; (2) establezca mi elegibilidad para los beneficios y posibles costos de bolsillo para Bylvay; (3) comunique a mis médicos y planes de salud sobre mi plan de tratamiento; (4) preste servicios de apoyo, incluida educación y asistencia financiera para pacientes, para Bylvay; (5) ayude a que se me envíe Bylvay o se envíe a mi proveedor de atención médica; y (6) facilite mi participación en los programas para pacientes de Bylvay, tal como he solicitado o pueda solicitar, incluido el Programa de asistencia al paciente (Patient Assistance Program, "PAP") de IPSEN CARES, si corresponde. Acepto que, utilizando la información de contacto que proporciono, Ipsen puede comunicarse conmigo por teléfono, correo postal y/o correo electrónico, por motivos relacionados con el programa IPSEN CARES y los servicios de apoyo, incluido lo siguiente: (1) determinar si soy elegible para recibir asistencia y servicios de apoyo relacionados; (2) dejarme mensajes que revelen que estoy recibiendo terapia con Bylvay y/o que he solicitado servicios de apoyo de IPSEN CARES y que soy o no soy elegible para recibir asistencia; (3) operar programas para pacientes de Ipsen Cares que puedan ayudarme a pagar o a acceder a mis medicamentos y (4) confirmar la recepción de los medicamentos. Otorgo mi consentimiento para que un representante del programa IPSEN CARES se comunique conmigo con el fin de obtener más información o aclaraciones en relación con algún evento adverso que pueda tener. También otorgo permiso a Ipsen para compartir mi PHI y otra información con personas y compañías que trabajan con IPSEN CARES, incluidas las siguientes: organismos gubernamentales, proveedores de seguros, mi(s) médico(s) y otras personas o instituciones que participan en mi atención médica, como farmacias y hospitales, y/u otras organizaciones que podrían ayudarme a pagar mi medicamento. Ipsen o cualquier tercero que trabaje en nombre de Ipsen podrá utilizar toda la información que yo proporcione en relación con IPSEN CARES. Entiendo que mis proveedores de atención médica pueden recibir una remuneración por parte de Ipsen en relación con mi PHI y/o por cualquier servicio de apoyo a la terapia que se me preste.

Entiendo que, una vez que mi PHI se haya divulgado a Ipsen, ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad, e Ipsen podrá volver a divulgarla; sin embargo, Ipsen ha aceptado hacer todo lo razonablemente posible para proteger mi PHI usándola y divulgándola solo para los fines descritos anteriormente o según lo exijan las leyes. Para retirar esta autorización, puedo comunicarme con IPSEN CARES al 1-866-435-5677 o puedo enviar una carta en la que se solicite dicha revocación a IPSEN CARES, 2250 Perimeter Park Dr. Suite 300 Morrisville, NC 27560, pero esto no cambiará ninguna medida que se haya tomado antes de que retire esta autorización. El retiro de esta autorización pondrá fin a usos y divulgaciones posteriores de la PHI por las partes identificadas en este formulario, excepto en la medida en que dichos usos y divulgaciones se hayan hecho en virtud de esta autorización. Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario y, si lo hago, no podré participar en IPSEN CARES, pero esto no afectará mi elegibilidad para obtener tratamiento médico, mi capacidad para solicitar el pago de este tratamiento, ni mi inscripción en el seguro ni la elegibilidad para la cobertura del seguro. Esta autorización vence tres años después de la fecha de la firma, a menos que la ley exija un tiempo más corto o a menos que yo revoque mi autorización antes de ese momento. Entiendo que recibiré una copia de la autorización firmada.

Nombre del paciente (nombre y apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aa) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N.º de teléfono particular \_\_\_\_\_ N.º de teléfono móvil \_\_\_\_\_

Nombre del cuidador/tutor legal (nombre y apellido) \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del cuidador/tutor legal \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Firma del paciente/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Imprima el formulario, complételo todo, fírmelo y envíelo por fax al: 1-855-465-3820**

IPSEN CARES debe recibir todas las páginas para que el formulario esté completo.

**ASEGÚRESE DE REVISAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE IPSEN CARES ORIGINAL****AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA USAR/DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA: PROGRAMA IPSEN CARES (continuación)**

**Confirmando que toda la información, incluida la información financiera y del seguro, que proporciono a IPSEN CARES es completa y verdadera, y que notificaré de inmediato a IPSEN CARES en caso de que cambie la cobertura de mi seguro médico. También entiendo que Ipsen puede revisar, cambiar o finalizar este programa en cualquier momento sin previo aviso.**

**INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL PRODUCTO Y EL APOYO****Comunicaciones de texto**

En la medida en que haya optado por suscribirme al marcar la casilla que aparece a continuación de este párrafo, acepto que me envíen mensajes de texto de marcación automática (“mensajes de texto”) al número de teléfono móvil que proporcioné con el fin de ayudarme a seguir con la terapia, que pueden promocionar o anunciar los productos de Ipsen incluidos en el plan de la terapia, y/o que pueden incluir la provisión de materiales educativos e información sobre programas que apoyen a los pacientes. Certifico que el número que estoy proporcionando me pertenece a mí y no a un familiar o tercero. Entiendo que puedo optar por no recibir comunicaciones individuales o ninguna comunicación por mensaje de texto en cualquier momento llamando al 1-866-435-5677 o respondiendo “STOP” (cancelar) por mensaje de texto a cualquier mensaje de Ipsen. Ipsen no venderá ni alquilará esta información y la utilizará solo de acuerdo con esta autorización y consentimiento. El consentimiento para recibir mensajes de texto no es una condición para participar en los programas IPSEN CARES ni la compra de productos o servicios. Entiendo que se pueden aplicar las tarifas de datos y mensajes de texto de mi operador de servicios móviles. Esta autorización vence tres años después de la fecha de la firma, a menos que la ley exija un tiempo más corto o a menos que yo revoque mi autorización antes de ese momento. Si otorgo este consentimiento en nombre de otra persona, certifico que estoy autorizado a aceptar todos los elementos de este consentimiento en nombre de esa otra persona, y acepto que seré responsable y eximiré de responsabilidad a Ipsen en caso de que dicha otra persona alegue que no otorgó su consentimiento.      Sí      No

**Información de comercialización**

En la medida en que haya optado por suscribirme al marcar la casilla que aparece a continuación de este párrafo, me gustaría recibir información de Ipsen por correo postal, correo electrónico, teléfono o mensaje de texto, todo lo cual puede incluir contenido de comercialización, anuncios, materiales de concientización sobre el estado de la enfermedad y material educativo sobre Bylvay, y programas que apoyen a los pacientes. Estos mensajes de texto y las llamadas de voz pueden hacerse a través del uso de sistemas de marcación telefónica automática. Certifico que el número que estoy proporcionando me pertenece a mí y no a un familiar o tercero. Entiendo que no tengo que firmar esta sección del formulario para participar en el programa IPSEN CARES y que puedo revocar esta autorización para recibir información adicional sobre productos en cualquier momento. Acepto que Ipsen y sus agentes puedan usar y divulgar mi información personal (incluido el nombre, la dirección, el número de teléfono y/o el correo electrónico) para proporcionar esta información, y que Ipsen también puede comunicarse conmigo para solicitar mis opiniones con respecto a los productos y servicios de Bylvay e Ipsen. Entiendo y acepto que Ipsen puede utilizar cualquier información que yo proporcione para realizar análisis de datos e investigaciones de mercado, y para desarrollar nuevos programas y recursos. Entiendo que se pueden aplicar las tarifas estándares de mi operador de telefonía móvil para llamadas y mensajes de texto a mi teléfono móvil. Esta autorización vence tres años después de la fecha de la firma, a menos que la ley exija un tiempo más corto o a menos que yo revoque mi autorización antes de ese momento. Para revocar esta autorización, puedo llamar al 1-866-435-5677 o enviar una solicitud por escrito a: IPSEN CARES, 2250 Perimeter Park Dr. Suite 300 Morrisville, NC 27560. Si otorgo este consentimiento en nombre de otra persona, certifico que estoy autorizado a aceptar todos los elementos de este consentimiento en nombre de esa otra persona, y acepto que seré responsable y eximiré de responsabilidad a Ipsen en caso de que dicha otra persona alegue que no otorgó su consentimiento.      Sí      No

Recopilamos información personal para cumplir con su solicitud. Consulte la política de privacidad de Ipsen en <https://www.ipсен.com/us/privacy-policy/>. Los residentes de ciertos estados tienen derechos adicionales en relación con la recopilación, el uso y la divulgación de su información personal. Para obtener más información, consulte el Aviso Estatal Complementario de Privacidad de Ipsen en <https://www.ipсен.com/us/Supplement-Website-Privacy-Notice/>.

**Imprima el formulario, complételo todo, fírmelo y envíelo por fax al: 1-855-465-3820**

IPSEN CARES debe recibir todas las páginas para que el formulario esté completo.

Nota: Esta página se puede dejar en blanco si el paciente no desea participar en el Programa de asistencia al paciente.



El Programa de asistencia al paciente (Patient Assistance Program, PAP) está diseñado para proporcionar Bylvay sin costo a los pacientes elegibles. Los pacientes pueden ser elegibles para recibir el medicamento gratuito si tienen dificultades económicas y cumplen con los requisitos de elegibilidad, no están asegurados o no lo están funcionalmente, son residentes de los EE. UU. y han recibido una receta válida para un uso aprobado de Bylvay, según la información de respaldo facilitada en la solicitud del programa. La elegibilidad no garantiza la aprobación para la participación en el programa. El medicamento Bylvay gratuito proporcionado por el PAP está destinado únicamente al paciente que figura en la solicitud y no se debe vender, transferir ni de otro modo, desviar. Los pacientes no deben solicitar el reembolso por el medicamento gratuito proporcionado por el PAP. El PAP solo ofrece el medicamento Bylvay y no cubre el costo de los servicios médicos o de los medicamentos adquiridos con anterioridad. El PAP no es un seguro. Al presentar una solicitud para el PAP, el paciente acepta cumplir con estos términos del programa.

### COMPROBANTE DE INGRESOS\*

Actualmente, mi ingreso familiar anual estimado es de \$\_\_\_\_\_ Cantidad de personas en el hogar \_\_\_\_\_

\*IPSEN CARES realizará una verificación de crédito superficial como parte del proceso de confirmación de ingresos y determinación de la elegibilidad para el programa.

### AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN DE TERCEROS

Entiendo que estoy proporcionando “instrucciones escritas” en virtud de la Ley de informe justo de crédito (Fair Credit Reporting Act, FCRA), autorizando al Programa de asistencia al paciente de IPSEN CARES (el “Programa”), Ipsen Biopharmaceuticals, Inc. (“Ipsen”) y su proveedor, de forma continua según sea necesario durante mi participación en el Programa, en virtud de la FCRA, para obtener información de mi perfil de crédito u otra información de una agencia de informes de crédito (incluidos, entre otros, Experian Health), con el fin de determinar las calificaciones financieras y la elegibilidad para los programas administrados por Ipsen y el Programa. Comprendo que acepto afirmativamente estos términos para poder continuar con este proceso de selección financiera. Doy fe de que toda información, incluida la información financiera y del seguro que proporciono es completa y verdadera, y, a menos que haya dicho lo contrario, no tengo cobertura de seguro para medicamentos, lo que incluye Medicaid, Medicare o cualquier programa de asistencia pública o privada, o cualquier otra forma de seguro. Si mis ingresos o la cobertura de salud cambian, llamaré al Programa al 1-866-435-5677.

**Firma del paciente/tutor legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_