

Envíe el formulario completo por fax a: 1-888-990-0008

Teléfono: 1-866-888-0660



Formulario de INICIO de VPRIV® y Autorización para los servicios OnePath® de Shire

<p>1 Información del médico que receta</p>	<p>Nombre y apellido _____</p> <p>Dirección _____ Ciudad _____ () _____</p> <p>Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____ Fax _____</p> <p>Contacto del consultorio _____ N.º de identificación tributaria _____</p> <p>N.º de licencia del estado _____ N.º de id. de proveedor nacional _____</p>	<p>5 Autorización del médico para comenzar el tratamiento con VPRIV®</p>	<p><input type="checkbox"/> VPRIV® (Se debe marcar la casilla para iniciar la terapia)</p> <p>Designo a Shire, sus filiales y sus representantes (en conjunto, "Shire") a enviar en mi nombre la receta descrita en el presente a una farmacia, si corresponde.</p> <p>Firme aquí </p> <p>Firma del prescriptor: _____</p> <p>Fecha: _____ (NO SE ACEPTAN SELLOS) DISPENSAR COMO ESTÁ ESCRITO</p>
<p>2 Información del centro de atención</p>	<p>Nombre del centro de atención _____ <input type="checkbox"/> Infusión domiciliaria (proporcione la dirección de la compañía de infusión domiciliaria a continuación)</p> <p>Dirección _____ Ciudad _____ () _____</p> <p>Estado _____ Código postal _____ Teléfono _____ Fax _____</p> <p>Contacto del consultorio _____ N.º de id. de proveedor nacional _____</p>	<p>6 Inscríbese en QuickStart (opcional)</p>	<p><input type="checkbox"/> QuickStart</p> <p>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. Consulte el reverso para obtener más información.</p>
<p>3 Información sobre el paciente</p>	<p>Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino</p> <p>Apellido _____ Fecha de nacimiento: Mes/Día/Año _____</p> <p>Edad _____ Últimos 4 dígitos del número del seguro social _____ Peso del paciente (kg) _____</p> <p>Dirección _____ Ciudad _____ () _____</p> <p>Estado _____ Código postal _____ Teléfono móvil _____ Dirección de correo electrónico _____ () _____</p> <p>Teléfono de la casa _____ Teléfono laboral _____ Teléfono del cuidador _____</p> <p>Nombre y apellido del cuidador _____ Relación con el paciente _____</p>	<p>7 Autorización del paciente para compartir la Información personal de salud e Inscripción en OnePath®</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Autorizo a cualquier plan de salud, médico, profesional de atención médica, hospital, clínica, proveedor farmacéutico u otro proveedor de atención médica (en conjunto, los "Proveedores de atención médica") a divulgar mi información personal de salud, incluida la información relacionada con mi afección médica, tratamiento, gestión del cuidado y seguro de salud, así como toda la información proporcionada en este formulario y toda receta e información personal de salud obtenida por los Proveedores de atención médica antes de la fecha de esta autorización (la "Información personal de salud"), a Shire Human Genetic Therapies, Inc., sus filiales y sus representantes, agentes y contratistas (en conjunto, "Shire") y a recibir a cambio remuneración económica por parte de Shire, para los siguientes fines: para que Shire ofrezca servicios de asistencia para productos, incluida la coordinación de beneficios y la terapia; el ofrecimiento de reembolsos; la indagación sobre la cobertura del seguro; la comunicación conmigo por correo, correo electrónico o teléfono para informarme sobre mi afección médica, el tratamiento, la gestión del cuidado y el seguro de salud; y el uso interno que haga Shire, incluido el análisis de datos. Entiendo que mi Información personal de salud divulgada en virtud de esta autorización puede ser divulgada nuevamente por Shire y que, en ese caso, ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad. Entiendo, sin embargo, que Shire acepta realizar un esfuerzo razonable por conservar mi Información personal de salud de forma segura y no divulgarla a terceros sin un motivo legítimo para hacerlo. Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para la obtención de beneficios, incluido el acceso a la terapia, no están condicionados a que firme esta Autorización. Entiendo que tengo derecho a obtener una copia firmada de esta Autorización. Esta autorización vence un año después de la fecha de concesión, o un año después de la fecha de mi última receta, lo que ocurra más tarde. Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento enviando una notificación de revocación por escrito a OnePath®, 300 Shire Way, Lexington, MA 02421, la cual se hará efectiva al ser recibida por un Proveedor de atención médica sujeto a las leyes federales de privacidad, excepto en caso de que la medida ya haya sido tomada en cumplimiento con esta Autorización.</p>
<p>4 Información sobre el seguro</p>	<p>Adjunte copias de ambos lados de la(s) tarjeta(s) del seguro del paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Marque si el paciente no tiene seguro</p> <p>Seguro primario _____ Teléfono del seguro _____ N.º de póliza _____ N.º de grupo _____</p> <p>Nombre y apellido del titular de póliza _____ Relación con el paciente _____</p> <p>Nombre del plan de farmacia _____ N.º Bin Rx _____ () _____</p> <p>Teléfono del plan de farmacia _____ N.º PCN Rx _____</p> <hr/> <p>Seguro secundario _____ Teléfono del seguro _____ N.º de póliza _____ N.º de grupo _____</p> <p>Nombre y apellido del titular de póliza _____ Relación con el paciente _____</p>	<p>Marque aquí </p>	<p><input type="checkbox"/> Inscripción en OnePath® (debe marcar la casilla para inscribirse en los servicios de asistencia para productos a través de OnePath®)</p> <p>Certifico que toda la información proporcionada en este formulario es completa y exacta. Autorizo a Shire a recopilar Información personal de salud a través de mi persona, mis cuidadores y Proveedores de atención médica, y a usar y divulgar dicha Información personal de salud para ofrecer servicios de asistencia para productos, incluidos, sin carácter restrictivo, la coordinación de los beneficios y la terapia; el ofrecimiento de reembolsos; la indagación sobre la cobertura del seguro; la comunicación conmigo por correo, correo electrónico o teléfono para informarme sobre mi afección médica, el tratamiento, la gestión del cuidado y el seguro de salud.</p> <p>Firme aquí </p> <p>Firma del paciente: _____</p> <p>Fecha: _____</p> <p>Firma del representante legal (si corresponde): _____</p> <p>Fecha: _____</p>

PAUTAS ADICIONALES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE INICIO

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 (velaglugerasa alfa inyectable) en su hogar, proporcione la información de contacto de la compañía de infusión domiciliaria en lugar de la información del centro de atención

Secciones 3 & 4 Información del paciente y del seguro

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

Sección 5 Autorización del médico para comenzar el tratamiento con VPRIV®

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

Sección 6 Inscríbase en QuickStart (opcional)

- 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

Shire se reserva el derecho a rescindir, revocar o modificar el programa QuickStart en cualquier momento sin previo aviso. Rigen 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 personal de salud e Inscripción en OnePath®

- Se requiere la firma del paciente para permitir la divulgación por parte de terceros de información personal de salud a Shire, 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

Envíe el formulario completado por fax a: 1-888-990-0008

VPRIV® es una marca registrada de Shire Human Genetic Therapies, Inc. OnePath® es una marca registrada de Shire o sus filiales. SHIRE y el logotipo de Shire son marcas comerciales o marcas registradas de Shire Pharmaceutical Holdings Ireland Limited o sus filiales.

©2018 Shire US Inc., Lexington, MA 02421. Todos los derechos reservados. S44918 01/19

