

Formulario de inscripción al programa de apoyo al paciente

Descripción general

Amneal PATHways® es un programa integral diseñado para ayudar a simplificar y apoyar el acceso del paciente a los productos exclusivos genéricos y biosimilares de Amneal. Posteriormente a la inscripción en PATHways, un especialista del programa contactará al paciente para identificar el acceso a la cobertura y dirigirlos hacia el tratamiento. El especialista abordará los servicios del programa y determinará cuáles son los más adecuados para apoyar al paciente y su proveedor de atención médica. Estos servicios pueden incluir lo siguiente:

- cobertura integral e investigación de beneficios para los planes de seguro activos del paciente;
- apoyo limitado para toda autorización previa que se requiera en conformidad con las políticas del seguro del paciente;
- asesoramiento para compartir la cobertura y los beneficios del seguro con el paciente;
- información sobre fuentes alternativas de asistencia financiera potencialmente disponibles para el paciente;
- Sending the patient a product welcome kit (where applicable)

Cómo completar este formulario

Este documento de páginas múltiples utiliza codificación de colores para indicar quién debe completar cada sección. Todos los campos marcados con un asterisco (*) son obligatorios.

Las secciones **amarillas** deben ser completadas por el **paciente** o su cuidador.

Esto incluye de la sección 1 a la 4 de las páginas siguientes. Tenga en cuenta que la sección 2 provee opciones: puede completar el documento con información para cada compañía de seguros, o bien cargar imágenes (escaneadas o fotos) del anverso y reverso de cada tarjeta. Asegúrese de completar todos los campos que correspondan y los obligatorios, y coloque su firma y la fecha en la sección 4 para evitar demoras en la inscripción.

Las secciones **azules** deberían ser completadas por el **proveedor de atención médica (HCP, por sus siglas en inglés)**.

Los HCP deberían completar de la sección 5 a la 10. Asegúrese de incluir el nombre y la fecha de nacimiento del paciente en la sección 7 y al comienzo de la última página. Toda la información obligatoria debe ser completada, y la sección 8 debe ser firmada y fechada para que podamos iniciar el programa en nombre del paciente.

Los métodos aceptados para presentar este documento de inscripción incluyen fax, correo electrónico (copia escaneada o descargada/editada) o puede realizarse a través del portal en línea del HCP.

Comuníquese con nosotros si tiene preguntas sobre el programa o sobre cómo completar el documento de inscripción.

Comuníquese con nosotros



Teléfono:
866-4AMNEAL (866-426-6325)



Fax:
855-690-6573



Página web:
PATHwaysProviderPortal.com

Atención telefónica: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. EST

1. Información del paciente

Nombre(s) y apellido*

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)*

/ /

Sexo*: M F Otro

Dirección*

Ciudad*

Estado*

Código postal*

Teléfono*

 Fijo
 Celular
 Trabajo

Teléfono alternativo

 Fijo
 Celular
 Trabajo

El correo electrónico

Idioma de preferencia

Información de contacto del cuidador (solo si corresponde)

Nombre del cuidador

Relación con el paciente

Teléfono del cuidador

 Fijo
 Celular
 Trabajo

Teléfono alternativo

 Fijo
 Celular
 Trabajo

Autorizaciones de comunicación para el paciente*:

- Autorizo a PATHways para contactarme y dejarme mensajes.
- Autorizo a PATHways para comunicarse directamente con mi cuidador de mi parte.

2. Información del seguro del pacienteMarque el tipo de seguro*: Comercial Medicare Medicaid Otro Ninguno (saltee lo siguiente hasta el paso 4)

Presente este documento con una copia de la tarjeta de seguro (anverso y reverso) o complete la información a continuación.*

Compañía principal de seguro médico

Número de teléfono

Número de identificación (ID) de la póliza o de Medicare

ID del grupo

Relación del titular de la póliza con el paciente (si es usted mismo, saltee el siguiente renglón)

Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza (si no es el paciente)

Compañía secundaria de seguro médico (si corresponde)

Número de teléfono

ID de la póliza o de Medicare

ID del grupo

Relación del titular de la póliza con el paciente (si es usted mismo, saltee el siguiente renglón)

Nombre y fecha de nacimiento del titular de la póliza (si no es el paciente)

Compañía de seguro de medicamentos recetados

ID de la póliza

ID del grupo

Red de atención primaria (PCN)

Núm. de identificación bancaria (BIN)

Nombre del plan de Medicare Parte D (si corresponde)

ID de Medicare (número de reclamo de seguro médico o HICN) o ID de beneficiario de Medicare (MBI)

Dirección del plan de Medicare Parte D

4. Autorización del paciente

Lea con atención lo siguiente. Si acepta, firme y feche esta Autorización del paciente en la página 4.

El programa de apoyo al paciente de PATHways (en adelante denominado el “Programa”) está disponible sin cargo desde Amneal Pharmaceuticals, LLC. Si no tiene un plan de atención médica, o su plan de atención médica no cubre el tratamiento recetado, y usted cumple con ciertos estándares médicos y financieros, trabajaremos con usted y sus médicos para encontrar fuentes posibles de asistencia financiera para su tratamiento recetado.

Información médica protegida

Antes de comenzar con el proceso de asistirlo, necesitamos recopilar, utilizar y divulgar su Información médica protegida (PHI). La Información médica protegida incluye toda información relacionada con su seguro de atención médica o con los beneficios del plan, incluidos los límites de cobertura; todas las historias clínicas relacionadas con su tratamiento, lo que incluye posible material confidencial relacionado con enfermedades de transmisión sexual, afecciones de salud mental o pruebas genéticas; y toda información de relevancia para su salud o sobre si continúa con el tratamiento o la medicación. Es posible que también abarque información personal, como su nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social, como así también información de los afiliados al seguro médico e identificación de grupo. Aunque no buscamos PHI que no esté relacionada con su tratamiento, es posible que esté incluida en las historias clínicas que recibamos.

Mediante su firma en este documento, autoriza que su PHI sea divulgada al Programa, a Amneal Pharmaceuticals, LLC, sus filiales, proveedores, agentes, socios colaboradores y representantes (en adelante denominados de manera colectiva “nosotros” o “Amneal Group”) por usted, sus médicos, su plan de atención médica o compañía de seguros, sus farmacias u otros que tengan su PHI. Cuando firme este documento y nos lo devuelva, podremos utilizar y divulgar la información médica develada como sea necesario para proveer y sostener los servicios descritos. También podremos usar su PHI para comunicarnos con sus proveedores de atención médica y aseguradoras sobre los beneficios, la cobertura y la atención médica, lo que incluye el cumplimiento con los tratamientos del Producto; ubicar una farmacia especializada que pueda surtir sus recetas y facilitar la dispensación de sus recetas por medio de tal farmacia; proveer material educativo, información y servicios relacionados con su experiencia de tratamientos con los Productos y su afección; contactarlo y dejarle mensajes acerca del uso de los Productos y su atención médica; verificar, investigar y coordinar su cobertura para los Productos con sus aseguradoras y ayudarlo con ello; coordinar el cumplimiento de las recetas; llevar a cabo encuestas, análisis de datos, estudios de mercado y otras actividades internas de la empresa relacionadas con el Programa, los Productos u otros productos y programas de Amneal Pharmaceuticals, LLC; y contactarlo de otro modo según lo requiera o permita la ley.

No es obligatorio que firme esta Autorización, pero no podemos proveer nuestros servicios si no lo hace. Es posible que deba pagar por el producto por su cuenta, tanto si firma este documento o no. LEA CON MUCHA ATENCIÓN LO SIGUIENTE. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, LLÁMENOS AL 866-4AMNEAL (866-426-6325).

Mediante mi firma en este documento, autorizo a mis médicos, mi plan de atención médica o compañía de seguros, y mis farmacias a revelar mi PHI (como se define anteriormente) a Amneal Group para los fines establecidos con anterioridad. Entiendo que la firma de esta Autorización es voluntaria, pero que, sin mi firma, no podré participar del Programa. Además, si no participo en el Programa no afectará mi tratamiento de atención médica (incluido el tratamiento con el producto de Amneal), ni mi cobertura de seguro médico.

Entiendo que, cuando mis médicos, farmacias o mi plan de atención médica divulguen mi PHI en conformidad con esta Autorización, esa información ya no será información protegida por las leyes de privacidad federales (por ejemplo, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud, HIPAA). Sin embargo, Amneal Group acepta proteger mi PHI y utilizarla y divulgarla únicamente a los fines descritos en esta Autorización o según lo permita la ley.

Esta Autorización permite a aquellos que dependen de ella utilizar o divulgar mi PHI durante un año a partir de la fecha de mi firma. Entiendo que puedo revocar la Autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito a la dirección de Amneal PATHways detallada a continuación:

Amneal PATHways
P.O. Box 220303
Charlotte, NC 28222

Nombre completo del paciente

Fecha de nacimiento

/ /

4. Autorización del paciente (continuación)

Lea con atención lo siguiente. Si acepta, coloque su firma y la fecha en esta Autorización del paciente a continuación.

Mi revocación entra en vigencia cuando la reciba el Programa, pero no afectará los usos y las divulgaciones realizadas antes de esa fecha.

Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización después de firmarla a continuación.

Además de la autorización anteriormente proporcionada para la divulgación de PHI para servicios específicos del Programa descritos en la página 1, entiendo que Amneal Pharmaceuticals, LLC, también ofrece ciertos servicios gratuitos para el paciente y programas de productos relacionados con mi tratamiento. Me gustaría formar parte de estos programas y entiendo que estos servicios son opcionales y que mi decisión de participar o no en estos programas adicionales no afectará los servicios para los cuales he autorizado la divulgación y el uso de mi PHI. Estos servicios pueden incluir la comunicación conmigo por correo, correo electrónico y teléfono, y tales comunicaciones pueden incluir materiales y ofertas de marketing para capacitación sobre un producto y apoyo, otros servicios que pueden estar disponibles, o solicitudes de Amneal Pharmaceuticals, LLC, por mi participación en el estudio de mercado. Asimismo, entiendo que es posible que Amneal Pharmaceuticals, LLC, comparta información de mi participación en estos programas con mi proveedor de atención médica. Autorizo tales usos y divulgaciones de mi PHI en virtud de los mismos términos que están establecidos en esta Autorización. Entiendo que, para revocar mi consentimiento, debo contactarme con el Programa por escrito a la dirección anteriormente mencionada. Mi revocación entra en vigencia cuando sea recibida por el Programa. Mediante mi firma a continuación, doy mi consentimiento para estos servicios y certifico que tengo al menos dieciocho (18) años de edad.

Confidencialidad

Aviso de confidencialidad: Esta información está destinada para el uso de la persona o la entidad a la que está dirigida y puede contener información confidencial, cuya divulgación se rige conforme a la legislación aplicable. Si el lector de esta información no es el receptor previsto, el agente autorizado o la persona responsable de enviarla al receptor previsto, por el presente queda notificado que toda divulgación, distribución o copia de esta información está **ESTRICTAMENTE PROHIBIDA**. Si usted recibe este documento por error, notifíquenos de inmediato y destruya dicho documento.

Firma* _____

Fecha* ____ / ____ / ____

Soy el paciente Soy el representante legalmente autorizado (en este caso, complete los campos a continuación)

Nombre del representante: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre completo del paciente	Fecha de nacimiento / /
------------------------------	----------------------------

5. Información del proveedor de atención médica (HCP) o centro de atención

Centro de atención*: <input type="checkbox"/> Centro de infusión <input type="checkbox"/> Consultorio externo <input type="checkbox"/> Centro de internación <input type="checkbox"/> Consultorio del proveedor <input type="checkbox"/> Otro				
Nombre completo quien prescribe la receta*			Designación profesional*	
Nombre del centro médico o consultorio*		Dirección*		
Ciudad*	Estado*		Código postal*	
Identificación nacional del profesional*	Identificación nacional profesional de la organización*			
Identificación fiscal de la organización*	Licencia estatal*		Departamento de Asuntos de la Tercera Edad (DEA)*	
Nombre del contacto del consultorio*		Fax*		
Teléfono del contacto del consultorio*		Correo electrónico*		

6. Información clínica y de diagnóstico

¿El paciente ha comenzado el tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Diagnóstico primario / Código de clasificación internacional de enfermedades*	Diagnóstico secundario / Código de clasificación internacional de enfermedades
Código CPT	

7. Oficina de Facturación

Dirección de la Oficina de Facturación para copagos (si difiere de la información del proveedor HCP de la sección 5)			
Nombre del consultorio		Nombre del contacto	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de facturación		Fax	
Correo electrónico			

8. Declaración/autorización del proveedor

Por medio de mi firma a continuación, confirmo que la información provista en este Formulario de inscripción del paciente de PATHways® es completa y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que Amneal Pharmaceuticals, LLC, se reserva el derecho de modificar, en cualquier momento y por cualquier motivo, sin notificación previa, el Formulario de inscripción del paciente de PATHways®, o de modificar o interrumpir los servicios de asistencia provistos a través del programa de apoyo al paciente de PATHways®. Por último, autorizo a Lash Group, LLC, (en adelante denominado "Lash Group") para actuar como mi agente designado para usar y divulgar la información de salud que sea necesaria para confirmar que toda información provista sea correcta, para proveer servicios de reembolso a través del programa de PATHways® y para evaluar la elegibilidad de mi paciente para asistencia de copago (según corresponda). Mi paciente ha provisto una Autorización firmada de la HIPAA que me permite compartir información médica protegida con Lash Group a los fines del programa de PATHways®.

Firma del proveedor* _____	Fecha* ____/____/____
----------------------------	-----------------------

*Indica un campo obligatorio

Nombre completo del paciente	Fecha de nacimiento / /
------------------------------	----------------------------

9. Información sobre recetas

Si la información del proveedor que administra es la misma que la de la sección 5, saltee lo siguiente hasta el campo de Nombre del paciente.

Nombre completo de quien prescribe la receta		Designación de profesional
Nombre del centro médico o consultorio		Dirección
Ciudad	Estado	Código postal
Identificación nacional del profesional (NPI)	Identificación nacional profesional de la organización (NPI)	
Identificación fiscal de la organización	Licencia estatal	Departamento de Asuntos de la Tercera Edad
Nombre del contacto del consultorio		Fax
Teléfono del contacto del consultorio		Correo electrónico
Nombre(s) y apellido del paciente*		Fecha de nacimiento* / /
Tratamiento*:		
<input type="checkbox"/> Alymsys® (bevacizumab-maly) <input type="radio"/> 100 mg/4 mL (25 mg/mL) <input type="radio"/> 400 mg/16 ml (25 mg/mL)		
<input type="checkbox"/> Releuko® (filgrastim-ayow) <input type="radio"/> 300 mcg/0.5 mL Prefilled Syringes <input type="radio"/> 480 mcg/0.8 mL Prefilled Syringes		
<input type="checkbox"/> Fylnetra™ (pegfilgrastim-pbbk) <input type="radio"/> 6 mg/0.6 mL Single-Dose Prefilled Syringe		
Instrucciones de uso*		
Alergias a medicamentos* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Detalle los medicamentos y las reacciones relacionadas):		
Medicamentos concomitantes*		

10. Firma de la receta

Certifico que soy el profesional de atención médica que recetó el tratamiento identificado en este documento. Asimismo, certifico que he tomado una decisión de manera independiente, que el tratamiento mencionado es medicamento necesario y que la información proporcionada en este documento es correcta a mi leal saber y entender. Autorizo a Lash Group, LLC, y a sus filiales, agentes, representantes y proveedores de servicios a actuar en mi nombre a los fines de transmitir esta receta a la farmacia adecuada.

Firma del proveedor* _____ Fecha* ____ / ____ / ____

DAW - Marque DAW (del inglés, dispensar tal como se prescribe) para asegurarse de que el tratamiento sea dispensado tal como fue recetado.