



Formulario de inscripción y consentimiento del paciente

Envíe por fax el formulario completo a Chiesi Total CareSM al 1-877-328-9682 | Teléfono: 1-855-669-2537

Nota: Si el paciente es menor de 18 años o no puede actuar en su propio nombre, un representante legal debe dar su consentimiento para la inscripción y puede completar el proceso en su nombre.

El programa Chiesi Total Care (el "Programa") brinda asistencia sobre productos a pacientes elegibles a quienes se les ha recetado un producto de Chiesi USA, Inc. ("Chiesi"). La asistencia del programa puede incluir: (1) reembolso y ayuda económica, como investigar la cobertura del seguro, confirmar los costos de bolsillo y revisar la elegibilidad para programas de asistencia económica y copagos; (2) trabajar con pacientes y farmacias para surtir recetas; (3) apoyo para infusiones en el hogar (si corresponde); y (4) ofrecer recursos y comunicaciones educativas relacionadas con enfermedades, medicamentos y adherencia, incluido el acceso a un Enlace de Educación para Pacientes (PEL, por sus siglas en inglés) de Chiesi.

Para ver la totalidad de los Términos y Condiciones del Programa, visite chiesitotalcare.com/myalept/patients-caregivers/

Nombre del paciente/teléfono: _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AA): _____

Nombre del representante legal (si corresponde): _____ Teléfono: _____

CONSENTIMIENTOS PARA CHIESI TOTAL CARE

Autorización en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico ("HIPAA")

Al firmar este formulario de autorización ("Autorización"), confirmo que deseo inscribirme en el Programa y autorizo a Chiesi USA, Inc., y sus afiliados, proveedores de servicios, agentes y sucesores (en conjunto, "Chiesi") a brindarme apoyo mediante el Programa. Autorizo a mis proveedores de atención médica y su personal, mi plan de salud, programas de asistencia al paciente y mis farmacias a procesar y compartir mi información médica protegida, que incluye, entre otra, cualquier información relacionada con mi diagnóstico, tratamiento, resultados de laboratorio, administración de la atención y seguro médico, así como cualquier información de contacto y cualquier otra información que se indique en este formulario (en conjunto, "Información médica protegida") con Chiesi para que pueda inscribirme en el Programa y para que Chiesi pueda brindarme apoyo mediante el Programa, administrar el Programa, cumplir con obligaciones legales, realizar otras actividades comerciales y llevar a cabo actividades de presentación de informes al gobierno.

Entiendo además que una vez que mi información médica protegida se divulgue a Chiesi, dicha información podría ya no estar protegida por las leyes federales de privacidad, incluida HIPAA, y podría volver a divulgarse. Sin embargo, esta información divulgada puede estar protegida por las leyes estatales de privacidad de EE. UU. y/o las leyes estatales de EE. UU. sobre datos de salud de los consumidores, según el estado en el que yo resida. Entiendo que puedo obtener más información sobre las prácticas de privacidad de Chiesi, incluida la Política de privacidad de Chiesi, el Aviso de California sobre la recopilación de datos y la Política de privacidad de los datos de salud de los consumidores en www.chiesiusa.com/privacy.

Entiendo que este Programa es opcional. Puedo negarme a firmar esta autorización y entiendo que negarme a firmarla no afectará mi tratamiento, cobertura de seguro, elegibilidad para recibir beneficios ni acceso a los productos de Chiesi. Sin embargo, entiendo que necesito firmar este formulario para participar en el Programa.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento o recibir una copia de esta enviando por correo una carta donde solicite la cancelación a Accredo Health Group, Inc. c/o The Myalept Program, 1640 Century Center Parkway, Memphis, TN 38134 o llamando al número de teléfono del programa que se indica arriba. Tras la cancelación, en la medida en que lo exija la legislación aplicable, Chiesi dejará de procesar mi información personal. Entiendo que mi cancelación no se aplicará a ninguno de mis datos personales ya utilizados o divulgados en virtud de la presente autorización antes de la recepción de la cancelación. A menos que se cancele antes, esta Autorización vence a los diez (10) años a partir de la fecha de firma a continuación, o bien según lo requiera la ley estatal o local.

Al firmar este formulario, reconozco que mi farmacia recibirá una compensación de Chiesi por proporcionar la información personal necesaria para los servicios del Programa. Reconozco que si estoy inscrito en un programa de atención médica financiado por el gobierno, no soy elegible y no aceptaré ninguna asistencia de copago de Chiesi Total Care. Comprendo y acepto que, si mi información de seguro cambia en cualquier momento durante mi participación en el programa Chiesi Total Care, notificaré la novedad al Programa a la brevedad posible. Asimismo, comprendo y acepto que cualquier cambio puede modificar la situación de elegibilidad para acceder a los programas de asistencia.

Consentimiento para comunicaciones según la Ley de Protección Telefónica del Consumidor ("TCPA")

Indique si autoriza a Chiesi a ponerse en contacto con usted por mensaje de texto*† con el fin de enviarle mensajes de marketing e informativos. Su consentimiento para recibir mensajes de texto no es una condición para recibir medicamentos o servicios de Chiesi. También puede revocar su autorización respondiendo STOP (DETENER) a cualquier mensaje de texto de Chiesi Total Care o escribiendo a Chiesi Total Care a la dirección anterior. Envíe un mensaje con la palabra HELP (AYUDA) para obtener ayuda o póngase en contacto con nosotros llamando al número que aparece en la parte superior de la página.

La frecuencia de los mensajes puede variar.

*Es posible que se cobren cargos adicionales.

Entiendo que mi proveedor de telefonía puede cobrarme tarifas por las llamadas o mensajes de texto que reciba, y acepto que el programa Chiesi Total Care no pagará esas tarifas.

SÍ, doy mi consentimiento para recibir mensajes. NO, no doy mi consentimiento para recibir mensajes.

Consentimiento para recibir comunicaciones de marketing

Indique si desea que nos pongamos en contacto con usted, por ejemplo, por correo postal, teléfono o mensaje de texto*† y correo electrónico, con comunicaciones de marketing sobre productos, promociones, servicios y estudios de investigación, y para solicitar su opinión sobre dicha información y temas, incluyendo estudios de mercado y encuestas relacionadas con enfermedades. Si se inscribe a continuación y más adelante desea dejar de recibir comunicaciones de marketing de Chiesi, puede notificar dicha cuestión a un representante del Programa por teléfono al 1-855-669-2537. La exclusión voluntaria de estas comunicaciones no afectará su inscripción en el Programa y seguirá recibiendo asistencia sobre el producto a través del Programa, según lo prescrito por su médico.

SÍ, deseo que me contacten. NO, no deseo que me contacten.

Aviso de privacidad

Al inscribirme en Chiesi Total Care, autorizo a Chiesi y a sus filiales a utilizar mi información personal para comunicarse conmigo (por ejemplo, por correo postal, teléfono, mensaje de texto*† y correo electrónico) en lo referido al Programa y la enfermedad. También entiendo y acepto que mi información personal se pueda anonimizar, combinar con otra información anonimizada recibida por el Programa y utilizar con fines lícitos. Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad de Chiesi, consulte nuestra Política de privacidad, el Aviso de California sobre la recopilación de datos y la Política de privacidad de los datos de salud de los consumidores en www.chiesiusa.com/privacy. Tenga en cuenta que Chiesi USA, Inc. no vende ni comparte su información personal, según lo definido por las leyes aplicables de protección de datos.

†Solo recibirá mensajes de texto si ha dado su Consentimiento para comunicaciones según la TCPA arriba.

Al firmar a continuación, también reconozco que he leído y acepto los Términos y Condiciones del programa de asistencia Chiesi Total Care que figuran en la página 2 de este documento.

Firma del paciente o representante legal: _____ Fecha de la firma (DD/MM/AA): _____

Nombre del prescriptor (imprenta): _____



Formulario de inscripción y consentimiento del paciente

Envíe por fax el formulario completo a Chiesi Total CareSM al 1-877-328-9682 | Teléfono: 1-855-669-2537

TÉRMINOS Y CONDICIONES DE CHIESI TOTAL CARE

Términos y Condiciones del Programa de Servicios de Apoyo al Paciente de Chiesi Total Care

A fin de inscribirse en el programa Chiesi Total Care (el “Programa”) y determinar la elegibilidad para acceder a los servicios de apoyo para pacientes que ofrece el Programa, el paciente debe completar el Formulario de inscripción y autorización del programa. Además, debe contar con una receta válida para un producto elegible del Programa. Es posible que se requiera documentación adicional. El paciente debe ser residente de Estados Unidos o uno de sus territorios. Si el paciente es incapaz, en el sentido estrictamente legal, o si es menor de 18 años, es posible que otra persona que actúe en su nombre complete la inscripción al Programa (p. ej., un cuidador).

Ningún paciente que reciba beneficios de atención y cuidado de la salud en virtud de cualquier plan o programa financiado, ya sea de manera total o parcial, por los gobiernos federales o estatales —incluidos Medicare, Medicaid, TRICARE, Asuntos de Veteranos (VA), Planes Estatales de Asistencia para Recetas Médicas (SPAP) (excepto el seguro médico para empleados del gobierno federal), o bien cualquier programa estatal de atención médica, como Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños, programas financiados por medio de un programa de salud maternoinfantil o programas financiados por medio de la Subvención en bloque de servicios sociales (SSBG) (en conjunto, denominados los “Planes financiados por el gobierno”)— es elegible para acceder a los servicios de respaldo financiero al paciente que ofrece el Programa. Los pacientes que tienen cobertura en virtud de un plan de salud comercial adquirido a través de cualquier mercado o intercambio de seguros de salud no se consideran beneficiarios de un Plan financiado por el gobierno, incluso si los costos de esa cobertura están subsidiados por el gobierno federal. Cualquier cambio que tenga lugar en la cobertura de medicamentos recetados se debe informar al representante del Programa; ese cambio puede afectar la elegibilidad para acceder a los servicios de apoyo que se proporcionan mediante el Programa. Los pacientes a quienes se les haya recetado un producto para una indicación que no esté aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU. para ese producto no serán elegibles para acceder a los servicios de ayuda económica para pacientes que se ofrecen a través del Programa.

Es posible que los pacientes que residan o reciban tratamiento en determinados estados no sean elegibles para ciertos servicios de asistencia para pacientes que se ofrecen a través del Programa. Los pacientes no podrán solicitar reembolsos de los beneficios recibidos por medio del Programa. El Programa no obliga al uso de ningún medicamento ni proveedor de atención médica específicos.

Chiesi Total Care puede recomendar ponerse en contacto con una fundación independiente de ayuda económica. Las fundaciones independientes de ayuda económica tienen sus propias reglas de elegibilidad. Chiesi USA no financia fundaciones independientes de ayuda económica. Además, el programa Chiesi Total Care no participa en la definición de los criterios de elegibilidad ni ejerce ningún tipo de influencia en la toma de decisiones de las fundaciones independientes, así como tampoco sabe si una fundación en particular podrá ayudarle. Chiesi Total Care únicamente puede derivarlo a una fundación que brinde servicios de apoyo para tratar su enfermedad. Esta información se proporciona a modo de recurso a su disposición. El programa Chiesi Total Care no respalda ni tiene preferencia por ninguna fundación. Es posible que las fundaciones que le recomendamos no sean las únicas que puedan ayudarle.

Es posible que uno de los agentes de promoción de la educación para pacientes (los “PEL”) de Chiesi puedan brindarle información sobre la enfermedad, ofrecerle recursos educativos o informativos relacionados y responder cualquier duda que tenga en relación con su enfermedad. Es posible que haya gestores de reembolsos en el lugar (“FRM”) de Chiesi para ayudar en el consultorio de su médico con la cobertura de medicamentos recetados, lo que incluye autorizaciones previas, apelaciones y denegaciones.

Los PEL y los FRM son empleados de Chiesi USA, Inc. Ni los PEL ni los FRM son proveedores de atención médica y tampoco forman parte de su equipo de atención médica. Ni los PEL ni los FRM proporcionarán atención ni asesoramiento médico. Usted, en conjunto con el profesional de la salud que le atiende, debe tomar todas las decisiones relacionadas con el tratamiento. Para ayudarlo, los PEL y FRM pueden necesitar su información. Si opta por no recibir los servicios de los PEL y los FRM, puede informarlo en cualquier momento. Consulte la Política de privacidad de Chiesi en www.chiesiusa.com/privacy.

Los beneficios del Programa no se pueden vender, comprar, intercambiar ni ofrecer para la venta, compra o intercambio. Los servicios de asistencia al paciente que ofrece el programa Chiesi Total Care no son válidos donde estén prohibidos por la ley, gravados o restringidos de otro modo. Oferta sujeta a cambios o discontinuación sin previo aviso. Es posible que se apliquen restricciones, incluidos máximos mensuales. Esto no es un seguro de salud.

Este es un programa voluntario. Los pacientes que opten por no inscribirse en el Programa podrán recibir medicación. Los pacientes pueden participar en el programa Chiesi Total Care sin participar en un programa de servicios de apoyo al paciente del Programa. Después de haberse inscrito en el programa Chiesi Total Care, los participantes pueden cancelar la inscripción. Para ello, deben ponerse en contacto con el Programa, tal como se describe en el Formulario de inscripción y autorización del Programa. Los pacientes deben renovar su elegibilidad antes del 31 de diciembre de cada año para continuar recibiendo servicios de apoyo por medio del Programa.

Al participar en el Programa, los participantes reconocen que comprenden y aceptan cumplir con los Términos y Condiciones del Programa.



Escanee para enviar digitalmente el formulario de inscripción y consentimiento del paciente