

## 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 de los pacientes a los productos exclusivos genéricos y biosimilares de Amneal. Después la inscripción en PATHways, un especialista del programa se pondrá en contacto con el paciente para identificar el acceso a la cobertura e iniciarlo en su camino hacia el tratamiento. El especialista comentará los servicios del programa y determinará cuáles son los más adecuados para ayudar al paciente y a su proveedor de atención médica. Estos servicios pueden incluir:

- Cobertura integral e investigación de beneficios para los planes de seguro activos del paciente
- Apoyo limitado para cualquier autorización previa requerida en virtud de la póliza de seguro del paciente
- Asesoría para compartir la cobertura del seguro y los beneficios con el paciente
- Información sobre fuentes alternativas de asistencia financiera potencialmente disponibles para el paciente
- Enviar al paciente un kit de bienvenida del producto (cuando corresponda)

### Cómo completar este formulario

Este formulario de múltiples páginas utiliza una codificación en colores para indicar quien debe completar cada sección. Todos los campos marcados con un asterisco (\*) son obligatorios.

**El paciente o su cuidador** deben completar las secciones **amarillas**.

Esto incluye de la sección 1 a la 4 de las páginas siguientes. Tenga en cuenta que la sección 2 ofrece opciones: puede completar el formulario con información de cada compañía de seguros, o bien enviar 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** deben ser completadas por el **proveedor de atención médica (HCP por sus siglas en inglés)**.

Los HCP deben completar las secciones 5 a 10. Asegúrese de incluir el nombre y la fecha de nacimiento del paciente en la sección 7 y en la parte superior de la última página. Debe completarse toda la información necesaria y firmar y colocar la fecha en la Sección 8 para que podamos iniciar el programa en nombre del paciente.

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

Comuníquese con nosotros si tiene preguntas sobre el programa o sobre como completar el formulario de inscripción.

### Comuníquese con nosotros



Llame al:

866-4AMNEAL (866-426-6325)



Fax:

855-690-6573



Visite:

[PATHwaysEnrollmentPortal.com](https://PATHwaysEnrollmentPortal.com)

Horario del centro de llamadas: Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. EST

**1. Información del paciente**

Nombre(s) apellido\*

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)\*

\_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Sexo\*: M F Otro

Dirección\*

Ciudad\*

Estado\*

Código postal\*

Teléfono\*

 Fijo  
 Móvil  
 Trabajo

Teléfono alternativo

 Fijo  
 Móvil  
 Trabajo

Dirección de correo electrónico

Preferencia de idioma

**Información de contacto del cuidador (solo si corresponde)**

Nombre del cuidador

Relación con el paciente

Teléfono del cuidador

 Fijo  
 Móvil  
 Trabajo

Teléfono alternativo

 Fijo  
 Móvil  
 Trabajo

Autorizaciones de comunicación con el paciente\*:

- Autorizo a PATHways para contactarme y dejarme mensajes.
- Autorizo a PATHways para comunicarse directamente con mi cuidador en mi nombre.
- Autorizo a PATHways para que me envíe mensajes SMS de ayuda.

Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. La frecuencia de los mensajes varía. Envíe el mensaje de texto AYUDA para obtener ayuda. Envíe el mensaje de texto TERMINAR para finalizar. [Términos y condiciones.](#) [Política de privacidad.](#)

**2. Información del seguro del paciente**
 Marque el tipo de seguro\*:  Commercial  Medicare  Medicaid  Otros  Ninguno (ir al paso 4)

**Envíe este formulario con una copia de nuestra(s) tarjeta(s) de seguro (anverso y reverso) O complete la información a continuación.\***

Compañía principal de seguro médico

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 próximo renglón)

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

Compañía secundaria de seguro médico (si corresponde)

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 próximo renglón)

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

Compañía de seguros de medicamentos recetados

ID de la póliza

ID del grupo

Red de atención primaria (PCN)

Número de identificación bancaria (BIN)

Nombre del plan de Medicare Parte D (si corresponde)

Medicare ID (HICN) o Beneficiario de Medicare (MBI)

Dirección del plan Medicare Parte D

Nombre del paciente (nombre(s) y apellido)

Fecha de nacimiento

\_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_

#### 4. Autorización del paciente

Lea con atención lo siguiente. Si está de acuerdo, firme y coloque la fecha en esta autorización del paciente en la página 4.

El programa de apoyo al paciente de PATHways® (el “Programa”) está disponible sin cargo en 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 relacionada con la continuación del 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 proveer 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 prestar nuestros servicios sin ella. Es posible que tenga que pagar su producto por su cuenta, tanto si firma este formulario o no. LEA CON MUCHA LO SIGUIENTE. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, LLÁMENOS AL 866-4AMNEAL (866-426-6325).

Al firmar este formulario, autorizo a mis médicos, mi plan de atención médica o compañía de seguros y a 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 se afectará mi tratamiento de atención médica (incluido el tratamiento con el producto de Amneal), ni mi cobertura de seguro médico.

Entiendo que, una vez que mis médicos, mi plan de atención médica o farmacias 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 que las personas que confían en ella utilicen y/o revelen mi PHI durante 1 año a partir de la fecha en que la he firmado. Entiendo que puedo retirar la autorización en cualquier momento mediante el envío de una notificación por escrito a la dirección de Amneal PATHways que se indica a continuación:

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

Nombre del paciente (nombre(s) y apellido)

Fecha de nacimiento

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### 4. Autorización del paciente (continuación)

Lea con atención lo siguiente. Si acepta, firme y coloque la fecha en esta autorización del paciente a continuación.

Mi retiro entrará en vigor una vez que haya sido recibida por el Programa, pero no afectará a los usos y divulgaciones realizados antes de esa fecha.

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

Además de la autorización proporcionada anteriormente 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 pacientes y programas de productos relacionados con mi tratamiento. Me gustaría participar en 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 que he autorizado la divulgación y el uso de mi PHI. Estos servicios pueden incluir la comunicación conmigo por correo, correo electrónico y teléfono, y dichas comunicaciones pueden incluir materiales y ofertas de marketing para la capacitación sobre productos, apoyo y otros servicios que puedan estar disponibles o solicitudes de Amneal Pharmaceuticals LLC para mi participación en investigaciones de mercado. También entiendo que Amneal Pharmaceuticals LLC puede compartir información de mi participación en estos programas con mi proveedor de atención médica. Autorizo dichos usos y divulgaciones de mi PHI en virtud de los mismos términos establecidos en esta autorización. Para retirar mi consentimiento, entiendo que debo comunicarme con el Programa por escrito a la dirección indicada anteriormente. Mi retiro entrará en vigencia una vez que el Programa la reciba. Al firmar 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 al uso de la persona o entidad a la que se dirige y puede contener información confidencial, cuya divulgación se rige por la legislación aplicable. Si el lector de esta información no es el destinatario previsto, o el agente autorizado o la persona responsable de entregarla al destinatario previsto, se le notifica por la presente que cualquier difusión, distribución o copia de esta información está **ESTRICTAMENTE PROHIBIDA**. Si ha recibido este documento por error, notifíquenos inmediatamente 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 del paciente (nombre(s) y apellido)	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 del quien prescribe la receta (nombre(s) apellido)*				Designación profesional*	
Nombre del centro médico o consultorio*			Dirección*		
Ciudad*	Estado*		Código postal*		
Identificación nacional del profesional (NPI)*		Identificación nacional profesional (NPI)* de la organización			
Identificación fiscal de la organización*		Licencia estatal*		DEA*	
Nombre del contacto del consultorio*			Fax*		
Teléfono del contacto del consultorio*			Correo electrónico*		

### 6. Información clínica y diagnóstico

¿El paciente ha comenzado el tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Diagnóstico principal/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 copago (si difiere de la información del HCP en 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

Al firmar a continuación, confirmo que la información proporcionada en este formulario de inscripción del paciente de PATHways® es completa y precisa 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 previo aviso, el formulario de inscripción del paciente de PATHways® o de modificar o interrumpir cualquier servicio de asistencia proporcionado a través del programa de asistencia al paciente de PATHways®. Por último, autorizo a Lash Group, LLC ("Lash Group") para actuar como agente designado a usar y divulgar la información médica según sea necesario para verificar la exactitud de cualquier información proporcionada, proporcionar servicios de reembolso a través del programa PATHways® y evaluar la elegibilidad de mi paciente para recibir asistencia con el copago (según corresponda). Mi paciente ha proporcionado una autorización HIPAA firmada que me permite compartir información médica protegida con Lash Group para los fines del programa PATHways®.

Firma del proveedor\* \_\_\_\_\_ Fecha\* \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_

Nombre del paciente (nombre(s) y apellido)	Fecha de nacimiento ___ / ___ / _____
--	--

### 9. Información sobre recetas

Si la información del proveedor que administra es la misma que en la sección 5, pase al campo Nombre del paciente.

Nombre quien prescribe la receta (nombre (s), apellido)		Designación del profesional
Nombre del centro médico o consultorio		Dirección
Ciudad	Estado	Código postal
Identificación nacional del profesional (NPI)	Identificación nacional profesional (NPI) de la organización	
Identificación fiscal de la organización	Licencia estatal	DEA
Nombre del contacto del consultorio		Fax
Teléfono del contacto de la oficina		Correo electrónico
Nombre del paciente (nombre(s) apellido)*		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"/> Jeringas precargadas de 300 mcg/0,5 ml           | <input type="radio"/> Jeringas precargadas de 480 mcg/0,8 ml |
| <input type="checkbox"/> Fynetra™ (pegfilgrastim-pbbk)          | <input type="radio"/> Jeringa precargada de dosis única de 6 mg/0,6 ml |  |
| <input type="checkbox"/> Pemrydi RTU™ (inyección de pemetrexed) | <input type="radio"/> Viales de dosis única de 100 mg/10 ml            | <input type="radio"/> Viales de dosis única de 500 mg/50 ml  |
| <input type="checkbox"/> Focinvez™ (inyección de fosaprepitant) | <input type="radio"/> 150 mg/50 ml (3 mg/ml)                           |  |

Instrucciones de uso\*

Alergias a medicamentos\*  No  Sí (Detalle los medicamento[s] y las reacción[es] relacionada):

Medicamentos concomitantes\*

### 10. Firma de la receta

Certifico que soy el profesional de atención médica receté el tratamiento identificado en este formulario. Además, certifico que he tomado una decisión de manera independiente, de que el tratamiento mencionado es médicamente necesario y que la información proporcionada en este formulario es exacta 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 con el fin de transmitir esta receta a la farmacia correspondiente.

Firma del proveedor\* \_\_\_\_\_ Fecha\* \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

DAW - Marque DAW (estación de trabajo de audio digital) para asegurarse de que el tratamiento se dispensa tal como fue recetado.