

EISAI PATIENT SUPPORT OFRECE DOS OPCIONES DE INSCRIPCIÓN

Eisai Patient Support no cobra un cargo por solicitar la participación en el programa

Opción 1: envíe una receta electrónica (ePrescription) a la Farmacia de Eisai Patient Support

Para iniciar el proceso de inscripción en Eisai Patient Support, envíe una receta electrónica para LENVIMA directamente a la Farmacia de Eisai Patient Support.

La Farmacia de Eisai Patient Support está clasificada como una farmacia minorista en los sistemas EMR/HER y su domicilio se encuentra en: 2730 S. Edmonds Lane, #400A, Lewisville, TX 75067

El número de id. en el sistema de recetas electrónicas (e-Prescribe) es 5942176.

Opción 2: Complete y envíe este formulario

☒ Seleccione todas las ofertas del programa para las que el paciente debe ser evaluado; complete y firme todas las páginas correspondientes según se indica a continuación

 Envíe por fax el formulario completo y ambos lados de la(s) tarjeta(s) de seguro del paciente al **1-855-246-5192**

• Nota: tanto el médico como el paciente deben firmar este formulario; el paciente puede firmar electrónicamente en www.LENVIMAConsent.com

Para ambas opciones de inscripción:

Todos los servicios de apoyo están disponibles para los pacientes elegibles.

Los pacientes pueden proporcionar su firma electrónicamente en:
www.LENVIMAConsent.com



Ofertas del programa



☐ Investigación de beneficios

Ayuda a los pacientes a comprender su cobertura para LENVIMA

Proveedor: complete las páginas 1, 2 y 4

Paciente: firme la parte superior de la página 4



☐ Programa de Asistencia al Paciente (Patient Assistance Program, PAP)

Proporciona LENVIMA de manera gratuita a pacientes elegibles con necesidad financiera

Proveedor: complete todo el formulario

Paciente: irme la parte superior e inferior de la página 4



☐ Kit de bienvenida de LENVIMA

Incluye materiales educativos clave de LENVIMA y recursos útiles para los pacientes que reciben tratamiento

Proveedor: complete la página 1, la parte superior de la página 2 y proporcione el diagnóstico/código CIE-10. No se requiere la firma del médico

Paciente: firme la parte superior de la página 4



☐ Solicitar un ARM

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO: Los gerentes de acceso y reembolso (Access & Reimbursement Managers, ARM) apoyan el acceso de los pacientes a los productos recetados de Eisai proporcionando información correspondiente y respondiendo a las preguntas de los proveedores sobre la cobertura del seguro, la codificación, el reembolso y los problemas de acceso de los pacientes.

Información del paciente

*CAMPO OBLIGATORIO

*Nombre del paciente		*Fecha de nacimiento	*Género ☐ Masculino ☐ Femenino	
*Dirección		*Ciudad	*Estado	*Código postal
*Número de teléfono del hogar del paciente	Número de teléfono celular del paciente	Correo electrónico		
Idioma preferido		Método de contacto preferido ☐ Hogar ☐ Celular ☐ Correo electrónico		
Ingreso anual del hogar		Cantidad de miembros del hogar dependientes de ingresos (incluya al solicitante)		
A continuación, puede designar a un familiar, amigo o cuidador de confianza como contacto alternativo. Al proporcionar esta información, usted da su consentimiento para que el personal de Eisai comparta o analice su información médica privada con esta persona. Eisai se reserva el derecho de limitar ciertas comunicaciones relacionadas con el programa únicamente al paciente o a su contacto alternativo.				
Nombre del contacto alternativo		Relación con el paciente		
Número de teléfono principal del contacto alternativo		Número de teléfono secundario del contacto alternativo		

Información del seguro del paciente

*CAMPO OBLIGATORIO

1	*Tipo de seguro principal (si no tiene seguro, marque la casilla y pase a la siguiente página) ☐ Sin seguro ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Plan de seguro comercial/privado ☐ Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) ☐ Otro _____		
	*Proveedor de seguro médico principal	*Número de teléfono	*N.º de identificación de la póliza
	*N.º de id. bancaria (BIN)	*N.º de control de procesador (PCN)	*N.º de grupo
	*Nombre del titular de la póliza		*Fecha de nacimiento del titular de la póliza
2	Proveedor de seguro médico secundario	Número de teléfono	N.º de identificación de la póliza
	BIN	PCN	N.º de grupo
	Nombre del titular de la póliza		Fecha de nacimiento del titular de la póliza

Información del médico

***CAMPO OBLIGATORIO**

Nombre del médico*		Nombre del centro/instalación	
Dirección*	Ciudad*	Estado*	Código postal*
Nombre del contacto de la oficina		Número de teléfono*	
Número de fax		Correo electrónico	
N.º de licencia estatal*	N.º de identificación fiscal*	N.º de identificación nacional de proveedor* (National Provider Identifier, NPI #*)	

Receta

Nota: el medicamento se enviará a través de una farmacia especializada al domicilio del paciente, a menos que el médico proporcione a la farmacia especializada una dirección alternativa.

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Peso
Nombre del medicamento Cápsulas de LENVIMA	Diagnóstico/Código ICD	

- LENVIMA está disponible en cápsulas de 4 mg y 10 mg
- Las cápsulas de LENVIMA se suministran en cajas que contienen 6 tarjetas. Cada tarjeta contiene un suministro para 5 días de LENVIMA
- **Marque la casilla de la concentración del medicamento (campo obligatorio)**

Dosis	Cápsulas diarias en tarjeta blíster	Cantidad para suministro de 30 días
☐ 24 mg	10 mg, 10 mg, 4 mg	#60 cápsulas de 10 mg; #30 cápsulas de 4 mg
☐ 20 mg	10 mg, 10 mg	#60 cápsulas de 10 mg
☐ 18 mg	10 mg, 4 mg, 4 mg	#30 cápsulas de 10 mg; #60 cápsulas de 4 mg
☐ 14 mg	10 mg, 4 mg	#30 cápsulas de 10 mg; #30 cápsulas de 4 mg
☐ 12 mg	4 mg, 4 mg, 4 mg	#90 cápsulas de 4 mg
☐ 10 mg	10 mg	#30 cápsulas de 10 mg
☐ 8 mg	4 mg, 4 mg	#60 cápsulas de 4 mg
☐ 4 mg	4 mg	#30 cápsulas de 4 mg

Instrucciones: _____
 Cantidad: _____ Resurtidos: _____ Lista actual de alergias: _____
 Lista actual de medicamentos: _____

Declaración del médico

La información proporcionada es completa y precisa a mi leal saber y entender. He recetado LENVIMA con base en mi criterio profesional independiente de necesidad médica y he tenido en cuenta las consideraciones correspondientes de seguridad del paciente y la información completa para la formulación de recetas.

 Firma del médico: _____ Fecha: _____
 (sin sellos)

Médico: Tenga en cuenta que es posible que se le solicite proporcionar una receta por separado para cumplir con la ley de farmacia estatal.

 Farmacia	Eisai Patient Support Pharmacy	
	2730 S. Edmonds Lane, #400A, Lewisville, TX 75067	
	NCPDP: 5942176 NPI: 1861259194	Horario de atención: L-V 9 A. M. - 6 P. M. ET

 **Nota: el médico puede enviar una receta electrónica de LENVIMA a la Farmacia de Eisai Patient Support para iniciar la inscripción en Eisai Patient Support**

Patient Authorization for Use and Disclosure of Health Information / Autorización del paciente para el uso y la divulgación de información médica

Autorización del paciente para el uso y la divulgación de información médica. Al firmar la presente Autorización, autorizo a cada uno de mis médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica (en conjunto, "Proveedores de atención médica") y a cada una de mis aseguradoras de salud (en conjunto, "Aseguradoras") a divulgar mi información médica personal, incluida la información relacionada con mi condición médica y tratamiento, mi cobertura de seguro médico, mi nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social, números de plan o grupo de seguro (en conjunto, "Información médica protegida") a Eisai Inc., sus empresas relacionadas, proveedores, agentes, socios de colaboración y representantes (en conjunto, "Eisai") que brindan asistencia al Programa de Eisai Patient Support para LENVIMA (en conjunto, el "Programa") de manera que el Programa pueda tomar las siguientes medidas para brindarme ofertas de apoyo ("Apoyo"):

- I. Procesar mi inscripción (o reinscripción, según corresponda) y determinar si cumpla los requisitos para acceder a la asistencia financiera y la asistencia para copagos del Programa, lo que incluye verificaciones de beneficios y apoyo para autorizaciones previas;
- II. Brindarme Apoyo de asistencia financiera y Apoyo de asistencia para copagos del Programa;
- III. Verificar, investigar, coordinar y comunicarse con mis Proveedores de atención médica y mis Aseguradoras respecto a mis beneficios y cobertura de seguro, así como respecto a mi atención médica y mis medicamentos recetados;
- IV. Facilitar la dispensación de mi receta por parte de una farmacia no comercial;
- V. Proporcionarme materiales informativos sobre manejo de enfermedades y otros materiales educativos, información y Apoyo relacionados con mi experiencia de tratamiento con mi medicamento recetado y mi afección;
- VI. Comunicarse conmigo sobre mi medicamento y tratamiento, incluidos materiales de adherencia, recordatorios, consejos de salud y estilo de vida, e información sobre productos y otra información relacionada;
- VII. Realizar encuestas, análisis de datos, investigación de mercado, fines de aseguramiento y mejora de la calidad y otras actividades comerciales internas relacionadas con el Programa y los productos y programas de Eisai; y
- VIII. Comunicarse conmigo por correo postal, correo electrónico, teléfono o mensaje de texto al/a los número(s) que proporcione sobre el Programa o cualquier asunto relacionado con el Programa.

Además, autorizo el uso y la divulgación de mi Información médica protegida a mis Proveedores de atención médica, Aseguradoras, agencias gubernamentales, otros programas de asistencia, cuidadores o representantes legalmente autorizados que designe para los fines mencionados. Al designar a un cuidador o representante autorizado específico, estoy autorizando a esa persona a proporcionar información sobre mis planes de seguro, situación financiera y otra información necesaria para facilitar mi participación en el Programa.

Continuación en la página siguiente

Autorización del paciente para el uso y la divulgación de información médica (continuación)

Entiendo que:

- Una vez se comparta mi Información médica protegida, es posible que esta deje de estar protegida por las leyes federales de privacidad y podría divulgarse a otras personas. Sin embargo, Eisai tiene la intención de usar y compartir mi Información médica protegida solo de la manera que se describe en esta Autorización o según lo permita la ley
- Puedo negarme a firmar esta Autorización, y el hecho de decidir no firmarla no cambiará la forma en que mis Proveedores de atención médica o Aseguradoras me brindarán tratamiento, pero no tendré acceso al Programa ni al Apoyo proporcionado por el Programa
- Mi Autorización firmada permanecerá vigente durante 5 años a partir de la fecha de mi firma a continuación, o por el periodo más corto que pueda estar contemplado por la ley estatal
- Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento enviando una solicitud por correo a 2730 S. Edmonds Lane, Suite 300, Lewisville, TX 75067; enviando una solicitud por fax al 1-855-246-5192; o llamando al 1-866-613-4724. También entiendo que revocar esta Autorización la invalidará con respecto a los usos y las divulgaciones de mi Información médica protegida después de la fecha en que se reciba mi carta de revocación, pero que no invalidará los usos y divulgaciones realizados con base en la Autorización antes de esa fecha
- Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización



Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha

Nombre del paciente o del representante del paciente

Relación del representante del paciente con el paciente

Confirmación del paciente del Programa de Asistencia al Paciente

Entiendo que el hecho de completar este formulario no garantiza que podré acceder al Programa de Asistencia al Paciente (Patient Assistance Program, PAP). Certifico que la información proporcionada en este formulario de inscripción es completa y precisa. Acepto notificar a Eisai Patient Support si obtengo cobertura a través de otra fuente o si dejo de cumplir con los criterios de ingresos para el PAP. Acepto que no solicitaré reembolso ni crédito de ninguna aseguradora, plan de salud o programa gubernamental con respecto a esta receta. Si soy miembro de un plan de Medicare Parte D, no solicitaré que esta receta ni ningún costo asociado con ella se contabilice como parte de mis gastos de bolsillo para medicamentos recetados.

Los pacientes con un plan de seguro, empleador o cualquier entidad de terceros que requiera que los pacientes soliciten un programa de asistencia al paciente del fabricante en lugar de proporcionar cobertura, comúnmente conocidos como Programas de Financiamiento Alternativo (Alternate Funding Programs, AFP), no son elegibles para el Programa de Asistencia al Paciente (Patient Assistance Program, PAP) de Eisai. Usted acepta informar a Eisai Patient Support (EPS) si es miembro de dicho plan de seguro o si está presentando una postulación a EPS en nombre de un paciente que es miembro de dicho plan de seguro. Si en algún momento EPS determina que un paciente está inscrito o ha sido trasladado a un Programa de Financiamiento Alternativo, se podrá cancelar de inmediato la participación en el PAP y se suspenderá el apoyo del producto.

Entiendo que Eisai Inc. se reserva el derecho, en cualquier momento y sin previo aviso para mí, de modificar o discontinuar una parte o la totalidad del PAP, lo cual incluye la modificación de los criterios de elegibilidad y la cancelación inmediata de la asistencia proporcionada por el PAP. Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario y negarme a ser considerado para el PAP.

Se requerirá una verificación de ingresos para que EPS pueda evaluar la elegibilidad para el programa. Al firmar a continuación, autorizo a Eisai Inc. y a sus proveedores de servicios que administran el Programa de Asistencia al Paciente (en conjunto, "Eisai") a obtener información financiera de mi perfil de crédito u otra información financiera de Experian Income View. Entiendo que Eisai necesita, y acepto que Eisai puede utilizar, esta información financiera con el fin de determinar mi elegibilidad financiera para participar en el Programa de Asistencia al Paciente de Eisai. También acepto proporcionar documentación financiera adicional de manera oportuna si me la solicitan.



Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha

Nombre del paciente o del representante del paciente

Relación del representante del paciente con el paciente



Nota: los pacientes pueden visitar www.lenvimaconsent.com para proporcionar todas las firmas digitales necesarias en este formulario.