

Solicito el inicio rápido de EPIDIOLEX para pacientes nuevos Solicito apoyo para seguimiento y apelación de una autorización previa

Llene todos los datos solicitados en este formulario para ayudar a sus pacientes a comenzar el tratamiento. **Es obligatorio llenar todos los campos**, salvo que el dato se aporte en un resumen clínico de EMR (o similar) que se adjunte. Si se envía directamente a una farmacia especializada, deberá enviarse aparte de este formulario de inicio la receta correspondiente de conformidad con los requisitos del estado concernido.

APARTADO 1: DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Género: Hombre Mujer Estatura: _____ Peso: _____ kg
 Medicamentos actuales: _____
 Alergias conocidas: _____ Sin alergias conocidas

Diagnóstico: Los diagnósticos citados a continuación tienen como misión garantizar la exactitud de la información que se comunique al plan de seguro médico del paciente. **EPIDIOLEX está autorizado para tratar las convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut, el síndrome de Dravet o el complejo de esclerosis tuberosa en pacientes de 1 año de edad en adelante.**

Haga clic para ver la [información completa para la prescripción](#)

Código del CIE-10: _____ Farmacia especializada preferente: _____

Convulsiones asociadas con: Síndrome de Lennox-Gastaut Síndrome de Dravet Complejo de esclerosis tuberosa Otros (sírvase especificar): _____

Si marco "Otros" y este medicamento se está recetando para algo que no figura en la información del producto aprobada por la FDA, al firmar este formulario de inicio del paciente y poner mis iniciales aquí certifico que el prescriptor determinó que EPIDIOLEX es medicamento necesario y apropiado para este paciente y se supervisará el tratamiento de este paciente.

Iniciales del proveedor de atención médica: _____
Fecha: _____

Inicio rápido de EPIDIOLEX para pacientes nuevos:

Pueden usar esta oferta los pacientes que recién comiencen el tratamiento con EPIDIOLEX y tengan seguro médico privado o participen o sean elegibles en programas federales de salud, como Medicaid, Medicare o u otros programas federales o estatales similares. En www.epidiolexhcp.com se pueden consultar todos los requisitos de elegibilidad. **La oferta es válida si va acompañada de la debida receta para una indicación autorizada por la FDA.** Solicito para mi paciente un suministro de inicio rápido (para un máximo de 60 días) de EPIDIOLEX.

Dirección del paciente: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

¿Residencia compartida o centro de cuidados crónicos? Sí No En caso afirmativo, nombre y datos de contacto del centro: _____

Nombre(s) completo(s) del/de los tutor(es) legal(es): _____

Teléfono principal: _____ Domicilio Celular Otro Correo electrónico: _____

Teléfono secundario: _____ Domicilio Celular Otro

APARTADO 2: DATOS DEL SEGURO (solo se requieren si se envía directamente la solicitud a una farmacia especializada)

 *Sírvase aportar copia del anverso y el reverso de todas las recetas y tarjetas de seguro de gastos médicos.*

Proveedor del seguro de gastos de medicamentos de receta: _____ **El paciente carece de cobertura para los medicamentos de receta**

Nombre de la aseguradora: _____ Teléfono de la aseguradora: _____

N.º de id. de la receta: _____ BIN de la receta: _____ PCN de la receta: _____

N.º de grupo de la receta: _____ Nombre del titular de la tarjeta: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación del paciente con el titular de la tarjeta: Él/ella Cónyuge Hijo/a Otro _____

¿Tiene el paciente otro seguro médico? Sí No

Nombre del otro seguro médico: _____

N.º de id. de la póliza: _____ N.º de grupo: _____

Teléfono de la aseguradora: _____ Nombre del titular de la tarjeta: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación del paciente con el titular de la tarjeta: Él/ella Cónyuge Hijo/a Otro _____

APARTADO 3: DATOS Y AUTORIZACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del prescriptor: _____ Título: _____ Especialidad: _____ N.º de la DEA: _____

N.º del NPI: _____ N.º de licencia estatal: _____

N.º de id. fiscal: _____ N.º de proveedor de Medicaid: _____

Nombre del consultorio: _____ Nombre del contacto del consultorio: _____ Teléfono del contacto: _____

Fax del contacto: _____ Correo electrónico del contacto: _____

Método de contacto preferido: Principal: Teléfono Fax Correo electrónico secundario: Teléfono Fax Correo electrónico

Dirección del consultorio: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Como prescriptor firmante o representante autorizado del prescriptor, por este medio autorizo que los datos médicos del paciente indicados en este formulario de inicio se transmitan a otros proveedores de salud (incluidas las farmacias y Jazz Pharmaceuticals, Inc.), a sus respectivos agentes, contratistas o representantes implicados en el tratamiento del paciente (los "Proveedores") y a los planes médicos o aseguradoras y sus respectivos agentes y representantes ("Aseguradoras") con los siguientes fines: (1) determinar la cobertura del seguro del paciente para EPIDIOLEX; (2) transmitir la información necesaria a la farmacia que vaya a despachar la receta del paciente y obtener de la farmacia información sobre la dispensación del citado medicamento recetado y asuntos relacionados; (3) comunicarse con el paciente para obtener las firmas y consentimientos necesarios o información relacionada con el tratamiento del paciente; (4) comunicarse con el paciente con el fin de preguntarle si desea ingresar al programa de asistencia a pacientes de Jazz Pharmaceuticals y pedirle al paciente o a sus representantes la información necesaria para comprobar su elegibilidad para el programa; y (5) brindar otros servicios relacionados de coordinación asistencial.

Certifico que se obtuvo la autorización del paciente para el uso y la divulgación de los datos médicos personales con los fines establecidos en esta "Autorización del proveedor de atención médica", tal como estipula la HIPAA. Acepto que los Proveedores y las Aseguradoras del paciente se comuniquen con el Prescriptor o con el Representante Autorizado (según corresponda) para recabar cualquier información adicional necesaria en relación con el tratamiento del paciente con EPIDIOLEX. El firmante certifica lo siguiente: (1) El Prescriptor le recetó EPIDIOLEX al paciente que se indica; (2) el Prescriptor determinó que EPIDIOLEX es medicamento necesario para este paciente; (3) si el firmante es un "Representante Autorizado", cuenta con la debida autorización del Prescriptor para firmar esta "Autorización del proveedor de atención médica" en nombre del Prescriptor, de conformidad con la legislación y los estándares médicos aplicables; y (4) la información reflejada en este formulario es, a su leal saber y entender, exacta.

 **Firma:** _____ **Fecha:** _____ **Nombre/título (si es representante):** _____

*Si no están disponibles el tutor legal o el paciente para estampar su firma en la página 2, el equipo de JazzCares® se comunicará con dicho tutor legal o paciente para recabar su autorización.

Inicio rápido de EPIDIOLEX® (cannabidiol)

- Envíe por fax el formulario lleno y la receta válida a: JazzCares® 1-855-518-7566
- Envíe la receta electrónica a: PharmaCord, 11001 Bluegrass Parkway, Suite 200 Louisville, KY 40299



Investigación y comprobación de la cobertura | Apoyo para autorización previa y apelaciones | Buscador de farmacias de la red | Programas de apoyo económico
Envíe por fax el formulario lleno y el anverso y el reverso de las tarjetas de seguro del paciente a: JazzCares 1-855-518-7566

APARTADO 4: AUTORIZACIÓN HIPAA DEL PACIENTE

(Si necesita más ayuda, llámenos al 1-833-426-4243. Haga clic para ver la [información completa para la prescripción.](#))

Por este medio, autorizo y exhorto a mi(s) prescriptor(es) y a su personal, así como a mi(s) aseguradora(s) médica(s) y a la farmacia especializada que despachará mi receta (la "Farmacia"), a transmitir los siguientes datos ("Datos Personales") a Jazz Pharmaceuticals (incluidas sus filiales y proveedores que colaboran en la prestación de los servicios; colectivamente "Jazz Pharmaceuticals" o "Jazz") para los fines de cualquier programa de apoyo a pacientes o actividad auspiciados por Jazz, entre ellos el programa JazzCares:

- Datos relativos a mi tratamiento con productos de Jazz Pharmaceuticals, incluidos los diagnósticos y recetas de interés; y
- Datos relativos a las coberturas de mi seguro médico, incluidos los deducibles y los gastos que debo pagar directamente.

Sé que Jazz Pharmaceuticals usará y transmitirá (y autorizo que lo haga) a terceros los Datos Personales que reciba a raíz de este formulario con los fines que se indican a continuación:

(i) gestionar y administrar el programa JazzCares e inscribirme o mantenerme en él o en cualquier otro servicio de apoyo a pacientes o actividad auspiciados por Jazz en relación con mi problema médico o tratamiento; (ii) comprobar, investigar, coordinar y resolver coberturas de seguros y trámites de reembolso y pago de productos de Jazz Pharmaceuticals; (iii) coordinar la recepción y pago por mi parte de productos de Jazz Pharmaceuticals; (iv) comunicarse conmigo en relación con cualquier programa de apoyo a pacientes o actividad auspiciados por Jazz, como el programa JazzCares (por ejemplo, envío de materiales educativos complementarios, información, ofertas y servicios relacionados con mi tratamiento o mi problema médico, así como invitaciones a participar en grupos de discusión, encuestas o entrevistas); (v) comunicarse con organizaciones de pacientes y con programas de ayuda a pacientes, de ayuda para copagos o similares y darles mis Datos Personales con vistas a determinar si soy elegible para la cobertura y la inscripción en el programa; (vi) desidentificar mis Datos Personales agregándolos a otros con fines de investigación; (vii) gestionar programas de apoyo a pacientes o actividades auspiciados por Jazz, como el programa JazzCares, y efectuar las tareas administrativas que apoyan a dichos programas y servicios.

Sé y autorizo que, mediante los datos de contacto que se le hayan dado, Jazz Pharmaceuticals se comunicará conmigo por diversos medios (correo electrónico, correo postal, teléfono, fax o mensajes de texto/SMS) a fin de gestionar y administrar cualquier servicio de apoyo a pacientes auspiciado por Jazz (por ejemplo, el programa JazzCares) y para inscribirme en dicho servicio, a menos que rechace estas comunicaciones poniéndome en contacto con Jazz Pharmaceuticals a través de los datos de contacto que figuran más adelante. Sé que la gestión y administración de algunos de esos servicios y programas podría exigir que Jazz se comunique conmigo por teléfono o mensajes de texto/SMS.

Sé que Jazz Pharmaceuticals podría comunicar a mi(s) prescriptor(es) y su personal, a mi(s) aseguradora(s) médica(s) o a la Farmacia cualquier Dato Personal mío que Jazz Pharmaceuticals cree o reciba. Sé que mi(s) aseguradora(s) médica(s) y terceros podrían recibir una remuneración (pago) a cambio de transmitir mis Datos Personales a Jazz Pharmaceuticals (incluidos JazzCares, sus filiales y proveedores que colaboran en la prestación de los servicios) y/o por brindarme los servicios de apoyo con los fines antes descritos.

Sé que una vez que mis Datos Personales se hayan transmitido a Jazz Pharmaceuticals podrían perder el amparo de la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA). No obstante, Jazz Pharmaceuticals no transmitirá mis Datos Personales a terceros que no tengan relación con los programas de apoyo a pacientes (por ejemplo, familiares o amigos) salvo que yo autorice específicamente a Jazz para hacerlo. Si solicito que mis Datos Personales se transmitan a una persona o entidad ajena a Jazz Pharmaceuticals, sé que el receptor podría no estar obligado a cumplir la HIPAA u otras leyes sobre privacidad y podría transmitir a terceros los Datos Personales.

Sé que puedo negarme a firmar este formulario y que esa negativa no afectará el tratamiento que me brindan mi(s) prescriptor(es), su personal, mi(s) aseguradora(s) médica(s) y la Farmacia, ni afectará mi inscripción en seguros médicos o mi elegibilidad para recibir beneficios del seguro médico a los que tenga derecho. También sé que en el futuro podré revocar este formulario en cualquier momento, pero que con ello podría perder la elegibilidad para participar en programas de apoyo a pacientes y actividades auspiciados por Jazz, incluido el programa JazzCares.

Sé que si revoco este formulario, la revocación no afectará el uso o la transmisión de mis Datos Personales que ya se hayan producido con base en este formulario. Este formulario mantendrá su validez mientras yo siga inscrito en programas de apoyo a pacientes y actividades auspiciados por Jazz, incluido el programa JazzCares, salvo que la legislación estatal exija un plazo menor. También puedo revocarlo anticipadamente llamando al 1-855-518-7566 o enviando mi solicitud a: Jazz Pharmaceuticals, PO Box 66589, St. Louis, MO 63166-6589. Sé que el programa podría modificarse o cancelarse en cualquier momento y sin previo aviso. Sé que puedo pedir una copia de este formulario que queda archivado en Jazz.

En <https://www.jazzpharma.com/privacy-statement/> se puede consultar más información sobre las prácticas de privacidad de Jazz Pharmaceuticals. Si usted reside en California, en el sitio web <https://www.jazzpharma.com/privacy-statement/supplemental-notice-for-california-consumers/> encontrará también una descripción de los datos personales que recopila Jazz Pharmaceuticals y de los derechos que usted tiene según la Ley Californiana sobre Privacidad de los Consumidores (*California Consumer Privacy Act*). Confirmando que la información brindada es veraz y correcta. Si soy el cuidador del paciente, confirmo que estoy autorizado a firmar en nombre del paciente.

Nombre del paciente: _____

Nombre (si no es el paciente): _____ Relación con el paciente: _____

 Firma del paciente o tutor legal, si corresponde: _____ Fecha: _____