

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Una vez que esté completo, envíe las páginas 1 a 4 por fax al 1-833-329-8477 o por correo electrónico a UPLIZNAABYS@amgen.com



Complete todos los campos obligatorios, incluida la firma del profesional que receta y la fecha, para iniciar el proceso de inscripción del paciente. Para recibir apoyo y/o asistencia para obtener la firma del paciente, llame a Amgen By Your Side al 1-833-842-8477. (X indica un campo obligatorio)

USA-335-80252 02/25

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

X	Nombre	X	Apellido		
X	Género: Masculino Femenino	X	Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ (MM/DD/AAAA)		
X	Dirección de correo electrónico		Idioma principal		
X	Teléfono móvil	Principal	X	Teléfono residencial	Principal
X	Dirección				
X	Ciudad	X	Estado	X	Código postal
	Nombre de contacto alternativo		Teléfono de contacto alternativo		

DIAGNÓSTICO

(Requerido para la investigación de los beneficios).

X	Diagnóstico:	G36.0 - Neuromielitis óptica [Devic]
X	Fecha de diagnóstico:	____ / ____ / ____ (MM/DD/AAAA)
X	¿El paciente alguna vez ha tenido un resultado positivo en la prueba de anticuerpos AQP4?:	Sí No

Marque todos los tratamientos previos para NMOSD:

<input type="radio"/>	Rituxán	Ravulizumab	Ninguno/diagnóstico nuevo
<input type="radio"/>	Riabni	Eculizumab	Esteroides
<input type="radio"/>	Ruxience	Satralizumab	Tocilizumab
<input type="radio"/>	Truxima	Otro:	_____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

(Incluya copias del anverso y reverso de las tarjetas del seguro junto con este formulario)

X	Seguro primario		Seguro secundario
X	No. de póliza		No. de póliza
X	Nombre y apellido del titular de la póliza		Nombre y apellido del titular de la póliza
X	Teléfono de la compañía de seguros		Teléfono de la compañía de seguros
X	No. de grupo		No. de grupo
X	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	X	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:

A mi saber, el paciente no tiene seguro.

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE RECETA

X	Nombre	X	Apellido		
X	Dirección				
X	Ciudad	X	Estado	X	Código postal
X	No. NPI	X	No. de licencia estatal	X	No. de identificación fiscal
	Afiliación a clínica/hospital				
X	Nombre de contacto del consultorio				
X	Teléfono de contacto del consultorio	X	Número de fax		
X	Dirección de correo electrónico de contacto del consultorio				
	Método de comunicación preferido		Teléfono		Correo electrónico
	Especialidad del profesional que receta				

CENTRO DE INFUSIÓN PREFERIDO SI

no lo tiene, Amgen By Your Side puede brindarle opciones.

El centro de infusión es el mismo que el consultorio que receta

	Nombre del centro		
	Dirección		
	Ciudad	Estado	Código postal
	Teléfono	Número de fax	
	No. NPI del centro	No. de identificación fiscal	

Firmas completas e información de la receta médica en la página siguiente



CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

(Obligatorio. Consulte el texto en las páginas 3 y 4).

USA-335-80252 02/25

Debe leer el Consentimiento para el procesamiento de datos de salud en la página 4 y luego seleccionar una de las respuestas a continuación. **Seleccione "Doy mi consentimiento" para continuar con la inscripción. Si selecciona "No doy mi consentimiento", no se podrá inscribir en Amgen By Your Side.**



Doy mi consentimiento para la recopilación, el procesamiento y la divulgación de mis datos de salud para los fines establecidos en la página 4.

No doy mi consentimiento para la recopilación, el procesamiento o la divulgación de mis datos de salud para los fines establecidos en la página 4.

Al firmar a continuación, indico que he leído y comprendido la Autorización para el uso y la divulgación de información médica protegida (páginas 3 y 4), que estoy legalmente autorizado para dar mi consentimiento y que doy mi consentimiento como paciente o representante legal del paciente para que Amgen y sus contratistas y socios comerciales usen y compartan la información personal que proporciono para los fines descritos en la Autorización para el uso y la divulgación de información médica protegida.

X

Nombre del paciente

Nombre del representante legal (si es necesario)



X

Firma del paciente (o representante legal)

X

Fecha (MM/DD/AAAA)

RECETA (Requerido)

X

Nombre del paciente

X

Apellido del paciente

X

Fecha de nacimiento
(MM/DD/AAAA)

Información de la receta: UPLIZNA® (inebilizumab-cdon)

Código CIE-10: G36.0

Alergias: ☐ Sin alergias conocidas a medicamentos (NKDA)

NDC: 75987-150-03: Una caja que contiene tres viales de 100 mg/10 ml. Dosis: 300 mg por infusión intravenosa

Fecha prevista de infusión: (MM/DD/AAAA)

Receta inicial: Infusión intravenosa de 300 mg durante 90 minutos el día 1 y 2 semanas después

Receta de mantenimiento: Infusión intravenosa de 300 mg durante 90 minutos cada 6 meses Nuevo surtido de medicamento: _____ veces

Paciente con urgencia médica: Un paciente con urgencia médica es un paciente que (1) está en riesgo inmediato de discapacidad permanente debido a una crisis médica por trastorno del espectro de la neuromielitis óptica (NMOSD) o un posible ataque; (2) no está en tratamiento de mantenimiento del NMOSD o ha experimentado una nueva actividad de la enfermedad relacionada con el NMOSD mientras estaba en tratamiento de mantenimiento o no puede tolerar el tratamiento de mantenimiento actual y (3) requiere tratamiento con UPLIZNA mientras se busca activamente la cobertura del seguro para UPLIZNA. Certifico que el paciente cumple con la anterior definición de urgencia médica.

Instrucciones de administración: Diluir 300 mg (30 ml) en 250 ml de cloruro de sodio inyectable al 0.9 % y administrar la infusión diluida durante aproximadamente 90 minutos a una velocidad en aumento: 42 ml/hora durante los primeros 30 minutos, seguido de 125 ml/hora durante los siguientes 30 minutos, luego 333 ml/hora hasta la finalización.

Requisitos estatales: El profesional que receta debe cumplir con los requisitos específicos de receta de su estado, como receta electrónica, formulario de receta específico del estado, texto del fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado podría dar lugar a que se contacte al prescriptor.

La firma a continuación indica la autorización de la receta y la certificación del profesional que receta.



X

Firma del profesional que receta/Dispensar según lo escrito

Sólo firma manuscrita o electrónica; no se aceptan sellos.

X

Firma de la persona que receta (se permiten sustituciones)

Fecha
(MM/DD/AAAA)

Certificación de la persona que receta: Certifico que el tratamiento mencionado anteriormente es necesario desde el punto de vista médico, la información proporcionada es precisa según mi leal saber y entender, y a mi paciente se le está administrando UPLIZNA® (inebilizumab-cdon), inyección, 300 mg, para infusión intravenosa de acuerdo con el uso indicado en la etiqueta del producto. Declaro que mi paciente ha solicitado y autorizado la divulgación de su información personal a Amgen, Inc. y sus afiliados y sus respectivos empleados o agentes (colectivamente, "Amgen") para que Amgen administre el programa Amgen By Your Side (el "Programa"), el cual proporciona apoyo centrado en el paciente, incluido apoyo logístico y de tratamiento no médico para UPLIZNA, según se receta, y educación sobre el proceso de seguro. Además, declaro que le he explicado al paciente, y el paciente indicó que ha comprendido y otorgado su consentimiento para lo siguiente: 1) Amgen utilizará el nombre del paciente, la fecha de nacimiento, la información de contacto, las recetas, y otra información de salud necesaria para conducir el Programa. 2) Amgen entonces divulgará la información personal del paciente a la(s) aseguradora(s) del paciente para los mismos fines. 3) El paciente puede retirar su consentimiento al comunicarse con Amgen al 1-844-469-4297 o ingresando en www.amgen.com/DataSubjectRights, pero si el paciente no está de acuerdo con estos usos y divulgaciones o retira su consentimiento para los mismos, no puede recibir estos servicios de apoyo al paciente para este medicamento que necesariamente requiere que Amgen procese la información personal del paciente. 4) El paciente puede ver más detalles sobre las prácticas de privacidad de Amgen en www.amgen.com/privacy. Autorizo a Amgen a enviar esta receta en mi nombre a la farmacia correspondiente designada por el paciente que utiliza su plan de beneficios por cualquier medio permitido por la legislación aplicable. Además, comprendo y acepto que (a) cualquier medicamento o servicio proporcionado a través del Programa como resultado de este formulario es solo para el paciente nombrado y no se realiza a cambio de un acuerdo o entendimiento expreso o implícito de que yo recomendaría, recetaría o usaría UPLIZNA o cualquier otro producto o servicio de Amgen para cualquier otra persona; (b) mi decisión de recetar UPLIZNA se basó únicamente en mi determinación profesional de la necesidad médica; y (c) no buscaré el reembolso de algún medicamento o servicio proporcionado por o a través del Programa de un programa gubernamental o aseguradora externa. Entiendo que Amgen puede modificar o terminar el Programa en cualquier momento sin previo aviso. El diligenciamiento y la presentación de la documentación relacionada con la cobertura o el reembolso son responsabilidad del paciente y proveedor de atención médica. Amgen no hace ninguna declaración o garantía con respecto a la cobertura o el reembolso de algún producto o servicio. En nombre del paciente, Amgen espera que el profesional que receta coordine con Amgen By Your Side para brindar, en la medida de sus posibilidades, servicios de infusión dentro de la red y que trabaje con Amgen By Your Side para comunicar de manera eficaz las opciones dentro y fuera de la red y las obligaciones financieras correspondientes del paciente relacionadas con cada opción. Si el profesional que receta presta a sabiendas servicios fuera de la red sin el conocimiento y consentimiento del paciente, el profesional que receta no puede facturarle al paciente el saldo de los servicios fuera de la red. Requisitos estatales: Certifico que la receta que estoy enviando como parte de este formulario de inscripción del paciente cumple con los requisitos de receta de mi estado (por ejemplo, receta electrónica, formulario de receta específico del estado, texto del fax). Entiendo que el incumplimiento de los requisitos específicos de receta de mi estado dará lugar a que se comuniquen conmigo para obtener una receta que cumpla con los requisitos.

Al completar y firmar este formulario, se inicia el proceso de inscripción en Amgen By Your Side; sin embargo, su paciente debe firmar una Autorización del paciente para completar la inscripción en Amgen By Your Side. Tenga en cuenta que su paciente no se beneficiará de los servicios y el apoyo que ofrece el Programa a menos que firme una Autorización del paciente, en la cual otorga su consentimiento para recibir dichos servicios. Si no firma la Autorización del paciente, incluida en este formulario, Amgen se pondrá en contacto con el paciente para determinar si está interesado en firmar una Autorización del paciente por separado.

Certificación de urgencia médica

Si he marcado la casilla "Paciente con urgencia médica", comprendo y acepto que (a) la determinación de que es un paciente con urgencia médica se basa únicamente en mi criterio médico profesional; (b) Amgen proporcionará UPLIZNA sin costo para el paciente, hasta los límites establecidos por Amgen; (c) estoy buscando activamente cobertura de seguro para UPLIZNA para el paciente, que es un requisito para que el paciente sea elegible para recibir UPLIZNA sin costo; (d) no buscaré reembolso, incluso de cualquier programa gubernamental, aseguradora o el paciente, por el UPLIZNA proporcionado por Amgen sin costo para el paciente; y (e) Amgen puede modificar o finalizar el suministro por urgencia médica en cualquier momento sin previo aviso.

Usos y divulgación de información médica protegida

Autorizo a Amgen y a sus procesadores de datos (colectivamente, “Amgen”) a recopilar, utilizar y divulgar mi información médica protegida para los siguientes fines:

- Manejar, administrar, inscribirme y/o continuar mi participación en el programa Amgen By Your Side o cualquier otro servicio y actividad de apoyo al paciente afiliado a Amgen relacionado con mi afección o tratamiento (por ejemplo, programas de tarjetas de copago, programas de asistencia de reembolsos, verificación de cobertura de medicamentos, servicios de enlace de acceso para el paciente, programa de adherencia y apoyo en el manejo de enfermedades);
- Comunicarse, con mi permiso, con mi médico y el resto de mi equipo de atención médica, y compartir con ellos la información de salud que pueda ser útil para mi atención;
- Mejorar, desarrollar y evaluar los productos, servicios, materiales y programas de Amgen relacionados con mi afección o tratamiento.

Para que Amgen me pueda brindar los servicios y/o programas descritos anteriormente, Amgen necesita recopilar y utilizar mi información personal, incluida mi información médica protegida. Entiendo que mi información médica protegida puede incluir cualquier información, en formato electrónico o físico, en posesión o que haya sido derivada de, un proveedor de atención médica, plan de salud, farmacia, compañía farmacéutica, laboratorio y/o su contratista (cada uno, un “Proveedor de atención médica”). Esto puede incluir información seleccionada de o relacionada con mis antecedentes médicos y de salud general, los beneficios de mi plan de salud, límites o restricciones de pago cubiertos por la póliza de mi plan de salud, y/o mi adherencia a mi tratamiento.

Autorizo a mis proveedores de atención médica a divulgar mi información médica protegida a Amgen, y entre ellos, según sea necesario, pero solo para los fines establecidos anteriormente en esta Autorización. Entiendo que algunos de mis proveedores de atención médica (como farmacias y farmacias especializadas) pueden recibir una remuneración de Amgen a cambio de divulgar mi información médica protegida y/o por utilizar mi información para comunicarse conmigo sobre productos de Amgen que me han sido recetados (por ejemplo, programas de recordatorio de medicamentos y otros servicios de apoyo al paciente).

Vencimiento, derecho a obtener una copia y derecho a cancelar

Entiendo que al firmar este formulario, autorizo a mis proveedores de atención médica u otras personas que puedan tener mi información médica a divulgarla a Amgen. También entiendo que autorizo que mi información personal, incluida mi información médica protegida, se utilice para los fines descritos anteriormente. Entiendo y acepto que al firmar a continuación, autorizo a quienes utilizan esta autorización a divulgar mi información médica protegida hasta lo que ocurra primero: cinco (5) años o hasta que mi participación en el programa Amgen By Your Side finalice mediante mi cancelación, a menos que la legislación estatal exija un período de tiempo más corto.

Entiendo que puedo obtener una copia de esta autorización o cancelar esta autorización en cualquier momento al llamar a Amgen al 1-844-469-4297 o al escribir a Amgen By Your Side, 1 Horizon Way, Deerfield, IL 60015. Si cancelo esta Autorización, ya no calificaré para los servicios descritos. También entiendo que si un proveedor de atención médica divulga mi información médica protegida a Amgen basándose en esta autorización de manera continua, mi cancelación con Amgen estará vigente con respecto a dichos proveedores de atención médica tan pronto como reciban notificación de mi cancelación.

Sin efecto sobre el tratamiento

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización y que mi inscripción en cualquiera de los servicios y/o programas descritos anteriormente es completamente voluntario. Entiendo que Amgen, así como los proveedores de atención médica, no pueden exigirme que firme esta Autorización como condición para tener acceso a medicamentos, fármacos con receta, tratamientos u otra atención. La ley federal (incluida HIPAA) requiere una autorización firmada para que Amgen recopile mi información médica protegida de mis

proveedores de atención médica. Entiendo que no puedo participar en los servicios y/o programas enumerados sin firmar esta Autorización o una autorización equivalente con mis proveedores de atención médica.

Información recibida de proveedores de atención médica

Entiendo que una vez que mi información médica protegida haya sido divulgada a Amgen, las leyes federales de privacidad se pueden dejar de aplicar y pueden dejar de protegerla de futuras divulgaciones, y que Amgen puede divulgar mi información médica protegida a sus procesadores de datos, contratistas y socios comerciales para sus fines comerciales. Sin embargo, Amgen acepta proteger mi información médica protegida al utilizar y divulgarla únicamente según lo establecido en la Autorización o según lo permita o requiera la ley.

CONSENTIMIENTO DE LA LEY ESTATAL DE EE. UU. PARA PROCESAR DATOS DE SALUD PARA AMGEN BY YOUR SIDE

Lea y responda en la sección Consentimiento y autorización del paciente en la página 2

Doy mi consentimiento para que Amgen procese mis datos de salud para los siguientes fines:

- Inscribirme y gestionar mi participación en el programa Amgen By Your Side, que incluye actividades relacionadas con mi afección o tratamiento (por ejemplo, programas de tarjetas de copago, verificación de cobertura de medicamentos del pagador, apoyo de enlace de acceso para el paciente, apoyo para el manejo de enfermedades), y para gestionar los productos, servicios y programas de Amgen relacionados con mi afección o tratamiento.

Amgen utiliza lo siguiente cuando administra el programa Amgen By Your Side:

- Datos de salud: mi nombre (y el nombre de mi cuidador, si corresponde), género, fecha de nacimiento, información de contacto e información relacionada con mi afección médica o tratamiento.

Entiendo que para poder participar en el programa Amgen By Your Side se requiere mi consentimiento para el procesamiento. También entiendo que Amgen no venderá mis datos de salud a terceros, pero Amgen puede divulgar mis datos de salud a los procesadores de datos, contratistas y socios comerciales de Amgen para los fines comerciales de Amgen relacionados con el programa Amgen By Your Side. Entiendo que Amgen puede usar mis datos de salud para comunicarse conmigo por correo, correo electrónico, teléfono o mensaje de texto para los fines mencionados anteriormente. Los Términos y condiciones de móviles se pueden encontrar en AmgenByYourSide.com/mobile-terms-and-conditions. También entiendo que si no doy mi consentimiento para el uso de mis datos de salud para los fines mencionados anteriormente, no podré participar en el programa Amgen By Your Side. Finalmente, comprendo que puedo retirar mi consentimiento para el procesamiento de mis datos de salud para los fines mencionados anteriormente en cualquier momento utilizando uno de los métodos enumerados en la sección Divulgaciones adicionales que se encuentra a continuación y que si retiro mi consentimiento, ya no podré participar en el programa Amgen By Your Side.

Divulgaciones adicionales

Entiendo que la participación en el programa Amgen By Your Side es un servicio opcional sin costo para mí. El anterior consentimiento no afecta de ninguna manera mi derecho a obtener cualquier medicamento y no tengo que dar mi consentimiento para poder recibir cualquier medicamento. Para obtener una copia del anterior consentimiento o para retirar mi consentimiento para la recopilación, el procesamiento y/o la divulgación de mis datos de salud para cualquiera de los fines mencionados anteriormente para los que he dado mi consentimiento, puedo comunicarme con Amgen al visitar www.amgen.com/DataSubjectRights o llamar al 1-844-469-4297. Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad de Amgen, se puede encontrar la Declaración de privacidad de Amgen en <http://www.amgen.com/privacy>.