

FORMULARIO DE REGISTRO IPSEN CARES™

Información y Verificación de Seguros

Fax: 1-888-525-2416 | Teléfono: 1-866-435-5677



Formulario **1** de 2

Información del Médico

Nombre y Apellido del Médico _____
Nombre del Consultorio/Institución _____
Especialidad Neurología Fisiatría Otra _____ # Formación Médica _____
Dirección Calle _____ Ciudad _____
Estado _____ C.P. _____ Teléfono _____ Fax _____
DEA # _____ PTAN # _____ NPI # _____ LIC # _____ # ID Fiscal _____
Nombre de Contacto de Oficina _____ Teléfono _____ Fax # _____

Información del Paciente

Nombre y Apellido del Paciente _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Masculino Femenino
Dirección Calle _____ Ciudad _____
Estado _____ C.P. _____ Teléfono _____ Fax _____

Información del Tratamiento

Lugar del Servicio Consultorio del Médico Hospital, Paciente Ambulatorio Otro _____
Terapia Previa Terapia Física Otra Toxina Botulínica Tipo A Otro _____
Código de Diagnóstico 1 (requerido) _____ Código EMG _____ Código CPT _____ HCPCS _____
Código de Diagnóstico 2 _____ Fecha del Servicio (si está programado) _____
Dosis de Dysport® _____ Unidades Lugares de Inyección _____

Información del Seguro - PRIMARIO

(Usted puede enviar una copia de la tarjeta de seguro del paciente; adjunte la copia, del anverso y revés, en lugar de llenar esta sección)

Medicare Medicaid Comercial Compensación de los Trabajadores TRICARE VA
Nombre de la Compañía de Seguros _____
Teléfono _____ Fax _____
Nombre del Titular _____ # Póliza _____ # Grupo _____
Fecha de Nacimiento del Titular ____/____/____ Nombre del Empleador _____
ID Titular _____ Dirección del Empleador _____
Relación con el Paciente _____ ¿El médico es un Proveedor Participante (marque uno)? Participante No Participante

Información del Seguro - SECUNDARIO

(Usted puede enviar una copia de la tarjeta de seguro del paciente; adjunte la copia, del anverso y revés, en lugar de llenar esta sección)

Medicare Medicaid Comercial Compensación de los Trabajadores TRICARE VA
Nombre del Seguro Secundario _____ Teléfono _____
Nombre del Titular _____ # ID _____ # Grupo _____

CERTIFICADO DEL MÉDICO PRESCRIPTOR/GERENTE DE OFICINA: (El Médico Prescriptor debe firmar en caso de que este formulario se utilice como una receta a ser asignada a una Farmacia de Especialidad o para inscribir a un paciente para recibir artículos gratuitos como parte del Programa de Asistencia al Paciente (PAP). El gerente de la oficina del Médico Prescriptor puede firmar si la solicitud se limita a Verificación de Prestaciones o Asistencia en Copagos).

Al firmar a continuación, certifico que una receta firmada por un médico prescriptor autorizado está registrada o es proporcionada en la sección anterior para la terapia descrita anteriormente y que el paciente ha proporcionado la autorización requerida para divulgar la información descrita anteriormente e información médica y/o del paciente relativa a la terapia de Dysport® a Ipsen y sus agentes o contratistas con el fin de obtener el reembolso de la terapia de Dysport®, ayudando a iniciar o continuar con la terapia de Dysport®, y/o evaluar la elegibilidad del paciente para los programas de soporte al paciente de Ipsen administrados por IPSEN CARES™.

Dichos medicamentos no se ofrecerán a la venta, comercio o trueque. Adicionalmente, no se presentará solicitud de reembolso alguna con respecto a dichos medicamentos frente a Medicare, Medicaid, o cualquier tercero, y dichos medicamentos no serán devueltos a cambio de crédito. Si el paciente no regresa a la terapia, el producto será devuelto a Ipsen. Yo reconozco que he ayudado al paciente a registrarse en IPSEN CARES™ exclusivamente para los fines de la atención al paciente y no a cambio de, a la expectativa de, o la recepción de remuneración de cualquier tipo.

ÚNICAMENTE PARA EL MÉDICO PRESCRIPTOR: Autorizo a Ipsen a ser mi agente y que transmita la receta anterior, por fax o cualquier otro método de entrega, a la farmacia elegida por el paciente mencionado anteriormente. En el estado de Nueva York, copias de todas las recetas deberán estar plasmadas en formularios de receta oficiales del estado de Nueva York. Certifico que cualquier medicamento recibido por Ipsen en relación con cualquier programa de IPSEN CARES™ será utilizado únicamente por el paciente nombrado en este formulario.

Nombre del Titular _____ Cargo del Titular _____
Firma del Titular _____ Fecha _____

Consulte la Información de Prescripción Completa adjunta, incluyendo el **Recuadro de Advertencia** y la Guía del Medicamento.

¿Preguntas?

Para solicitar una visita de su Gerente de Reembolso de Campo de Dysport® envíe un correo electrónico a reimbursementinformation@ipsen.com.



Dysport[®]
(abobotulinumtoxinA)

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Fax: 1-888-525-2416 | Teléfono: 1-866-435-5677



Formulario **1** de 2

Autorización del Paciente para Utilizar/Revelar Información de Salud: Programa IPSEN CARES™

Autorizo a los prestadores de servicios médicos míos/del paciente (incluyendo las farmacias que reciben mi receta para Dysport®), para que divulguen información de salud personal (IPS) acerca de mí, incluyendo información acerca de la condición médica mía/del paciente, tratamiento y cobertura del seguro, a Ipsen Biopharmaceuticals, Inc., sus afiliados y sus agentes que han sido contratados para administrar el programa de Cobertura, Acceso, Reembolso y Ayuda Educativa de Ipsen (IPSEN CARES™) en su nombre (colectivamente, "Ipsen") para que Ipsen: (1) registre a mí/al paciente en IPSEN CARES™; (2) determine la elegibilidad mía/del paciente para los beneficios y los potenciales de gastos de bolsillo para Dysport®; (3) se comunique con los prestadores de servicios médicos y planes de salud míos/del paciente acerca del plan de tratamiento mío/del paciente; (4) proporcione servicios de apoyo como la educación del paciente y asistencia financiera para Dysport®; (5) proporcione soporte en el envío de Dysport® a mí/al médico del paciente; y (6) facilite la participación mía/del paciente en programas de Dysport® que he solicitado o que pueda solicitar. Estoy de acuerdo en que, utilizando la información de contacto que yo proporcione, Ipsen puede ponerse en contacto conmigo en relación al programa IPSEN CARES™ y servicios de soporte y podría dejar mensajes para mí que podrían revelar que yo estoy/el paciente está bajo la terapia de Dysport®. Doy mi consentimiento para ser contactado por un representante del programa IPSEN CARES™ para que el programa obtenga información adicional o aclaraciones con respecto a cualquier incidente adverso que yo/el paciente pueda experimentar. Así mismo, doy mi consentimiento para que un representante del programa se ponga en contacto con mi médico/el médico del paciente u otro profesional de salud para el mismo propósito.

Entiendo que una vez que la IPS mía/del paciente haya sido revelada a Ipsen, las leyes de privacidad pueden dejar de restringir su uso o divulgación; sin embargo, Ipsen ha acordado proteger la información mía/del paciente al utilizarla y revelarla únicamente para los fines descritos anteriormente o según lo requiera la ley. Entiendo que los prestadores de servicios médicos míos/del paciente pueden recibir una remuneración por parte de Ipsen a cambio de la IPS mía/del paciente y/o a cambio de cualquier servicio de terapia de soporte que sea brindado a mí/al paciente. Puedo retirar esta autorización llamando IPSEN CARES™ al 1-866-435-5677 o enviando una carta solicitando dicha revocación a IPSEN CARES™, 11800 Weston Parkway, Cary, NC 27513, pero no va a cambiar cualquiera de las acciones tomadas antes de retirar la autorización. El retiro de la autorización finalizará usos y revelaciones futuras de la IPS por las partes identificadas en este formulario, excepto en la medida en que dichos usos y revelaciones han sido hechas bajo mi autorización. Entiendo que me puedo rehusar a firmar este formulario, y, si lo hago, yo no podré/el paciente no podrá participar en los programas de IPSEN CARES™, pero esto no afectará la elegibilidad mía/del paciente para recibir tratamiento médico, la capacidad mía/del paciente de solicitar el pago por este tratamiento o afectar el registro al seguro actual mío/del paciente o la elegibilidad para una cobertura de seguro. Esta autorización vence un año después de la fecha en que la firmo a continuación. Entiendo que voy a recibir una copia de la autorización firmada.

Nombre del Paciente _____ Nombre del Padre/Madre/Tutor _____

Relación con el Paciente _____

Firma _____ Fecha _____

Fecha de Nacimiento del Paciente _____ Teléfono del Paciente _____

Apoyo Adicional y Participación en el Programa del Paciente

Además de participar en el programa de IPSEN CARES™ descrito anteriormente, autorizo la divulgación de información personal de salud (IPS) acerca de mí, incluyendo información relacionada con mi condición médica, tratamiento, y cobertura del seguro, a Ipsen, sus afiliadas, y sus agentes a fin de que Ipsen:

- Evalúe la efectividad de los programas de soporte al paciente de Ipsen y realizar análisis de mercado, incluyendo agregar mi IPS con otros datos para dicho análisis y solicitar mis opiniones acerca de los servicios de IPSEN CARES™.
- Me proporcione información, la cual puede incluir material de comercialización y educativo sobre Dysport® y programas sobre condiciones médicas relevantes que apoyen a pacientes.
- Solicitar mis opiniones acerca de Dysport® y los productos y servicios e investigación de mercado de Ipsen.

Entiendo que no tengo que firmar esta sección del formulario participar en el programa IPSEN CARES™ y que puedo revocar mi autorización para recibir información adicional de productos en cualquier momento. Al firmar a continuación, estoy de acuerdo con que Ipsen y sus agentes puedan utilizar y revelar mi información personal (incluyendo mi nombre, domicilio, teléfono, y/o correo electrónico del padre/madre/tutor) para prestar estos servicios. Entiendo que las tarifas estándar de mi operador de telefonía móvil pueden aplicar para las llamadas a mi celular. Esta autorización es válida por un año después de la firma. Puedo revocar esta autorización llamando al 1-866-435-5677 o enviando una solicitud por escrito a IPSEN CARES™, 11800 Weston Parkway, NC 27513.

Entiendo que no tengo que firmar esta sección del formulario participar en el programa IPSEN CARES™ y que puedo revocar mi autorización para recibir ayuda e información de productos adicional en cualquier momento. Esta autorización es válida por un año después de la firma.

Para revocar esta autorización, por favor llame al 1-866-435-5677 o envíe su solicitud por escrito a: IPSEN CARES™, 11800 Weston Parkway, Cary, NC 27513.

Nombre del Paciente _____ Nombre del Padre/Madre/Tutor _____

Relación con el Paciente _____

Firma _____ Fecha _____

www.ipsencares.com

Consulte la Información de Prescripción Completa adjunta, incluyendo el **Recuadro de Advertencia** y la Guía del Medicamento.

IPSEN CARES™
Coverage, Access, Reimbursement & Education Support



Dysport[®]
(abobotulinumtoxinA)