

EPIDIOLEX Engage™ es un programa integral de apoyo al paciente que ayuda a los pacientes a quienes se les ha recetado EPIDIOLEX a acceder a sus medicamentos. Complete el siguiente formulario para ayudar a que sus pacientes comiencen el tratamiento. Todos los campos son obligatorios, salvo los que se indican como opcionales. **Debido a que EPIDIOLEX es una sustancia controlada, debe presentarse por separado de este formulario de inscripción la receta adecuada, de conformidad con los requisitos específicos del estado.**

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE

Nombre del médico que prescribe: _____ Especialidad: _____
Nombre del consultorio del médico: _____ Nombre del contacto del consultorio: _____
Número de teléfono de contacto del consultorio: _____ Fax: _____
Correo electrónico del consultorio: _____
Dirección del consultorio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
N.º NPI: _____ N.º de la DEA: _____ N.º de licencia estatal: _____

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____ Sexo: Masculino Femenino Peso (____ kg)
Dirección del paciente: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
¿El paciente tiene menos de 18 años de edad o está bajo tutela legal? Sí No
Nombre y apellido del tutor legal: _____ Dirección de correo electrónico: _____
Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____
Medio de contacto preferido (opcional) Teléfono de casa Teléfono del trabajo Teléfono celular
Mejor momento para contactarlo (opcional) Por la mañana Por la tarde Por la noche

Diagnóstico:

Las siguientes denominaciones de diagnósticos tienen el objetivo de garantizar la comunicación de la información correcta al plan de seguro de su paciente. **EPIDIOLEX está aprobado para tratar convulsiones asociadas únicamente con el síndrome de Lennox-Gastaut o el síndrome de Dravet en pacientes de 2 años de edad o más.** Véase la Información de prescripción adjunta.

Convulsiones asociadas con el síndrome de Lennox-Gastaut Convulsiones asociadas con el síndrome de Dravet

Otra (especificar) _____

En caso de recetar este medicamento para un uso no incluido en la etiqueta aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), certifico, con mi firma a continuación y mis iniciales aquí, que esta receta es necesaria desde el punto de vista médico y adecuada para este paciente, y que, como médico tratante, supervisaré el tratamiento de este paciente con el medicamento recetado.



Iniciales del médico que prescribe _____ Fecha (mes/día/año) _____

¿El paciente presenta convulsiones? Sí No

¿Qué medicamentos anticonvulsivos toma el paciente actualmente? _____

¿Qué medicamentos anticonvulsivos ha probado el paciente sin obtener resultados positivos?
(opcional) _____

Nota: Esta información puede ser necesaria si se exige una autorización previa.

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

¿El paciente tiene cobertura para fármacos con receta? Sí No

Si respondió "Sí" a que tiene una cobertura para fármacos con receta, que puede ser diferente del seguro de salud, **proporcione la siguiente información y una copia de la parte frontal y posterior de la tarjeta de fármacos con receta**. Si respondió "No", puede saltar esta sección.

Nombre del proveedor del seguro para fármacos con receta:

Nombre de la aseguradora: _____ N.º de teléfono de la aseguradora: _____

N.º de identificación de la receta: _____ PCN de la receta: _____

Número BIN de la receta: _____ Número de grupo de la receta: _____

Relación del paciente con el titular de la tarjeta: Titular Cónyuge Hijo(a) Otro _____

¿El paciente tiene otro seguro de salud? Sí No

Si respondió "Sí" a tener otro seguro de salud, proporcione la siguiente información y una copia de la parte frontal y posterior de la tarjeta del seguro. Si respondió "No", puede saltar esta sección.

Nombre de otro proveedor de seguro: _____

Número de identificación de la póliza: _____ Número de grupo: _____

Número de teléfono de la aseguradora: _____ Nombre del titular de la tarjeta: _____

Relación del paciente con el titular de la tarjeta: Titular Cónyuge Hijo(a) Otro _____

SECCIÓN 4: AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE

Autorizo el uso y la divulgación de la información médica del paciente que se incluye en este formulario de inscripción a otros proveedores de atención médica del paciente (lo que incluye a farmacias y a Greenwich Biosciences, Inc.), a aseguradoras de salud y a sus respectivos agentes y contratistas, y a otras personas designadas, que participen en el tratamiento del paciente, para lo siguiente: (1) determinar los beneficios del seguro del paciente para EPIDIOLEX; (2) transmitir la información de la receta y otra información necesaria a una farmacia que surtirá la receta del paciente, y obtener información de parte de la farmacia respecto de la entrega de este medicamento recetado y cuestiones relacionadas; (3) comunicarse con el paciente para obtener cualquier otra firma, consentimiento o información necesarios que se relacionen con el tratamiento del paciente; (4) comunicarse con el paciente a fin de preguntarle si desea presentar la solicitud para participar en el Programa de asistencia para pacientes de Greenwich Biosciences y solicitar del paciente, o las personas designadas por este, la información necesaria para determinar la elegibilidad para el programa; y (5) proporcionar otros servicios de coordinación de la atención relacionados. Certifico que he obtenido la autorización de mi paciente, según lo exige la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), para usar y divulgar la información médica que permite la identificación personal del paciente (incluida la información relativa al diagnóstico, tratamiento y seguro contenida en este formulario), a los efectos permitidos en virtud de la sección "Autorización del médico que receta". Acepto que los proveedores, las aseguradoras, las farmacias y otras personas designadas por el paciente podrán comunicarse conmigo para solicitarme información adicional relacionada con la terapia con EPIDIOLEX del paciente, según sea necesario.

Certifico: que soy el médico que ha recetado EPIDIOLEX al paciente identificado, que EPIDIOLEX es necesario desde el punto de vista médico para este paciente, y que la información proporcionada en este formulario es correcta, según mi leal saber y entender.

 **Firma del médico que prescribe** _____ **Fecha (mes/día/año)** _____

SECCIÓN 5: FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE OPCIONAL EN VIRTUD DE LA HIPAA

El Formulario de autorización del paciente en virtud de la HIPAA que se adjunta no es necesario para permitir el uso y la divulgación de la información médica del paciente, según se estipula en la sección Autorización del médico que prescribe; sin embargo, el médico que receta puede optar por enviárselo al paciente.

Envíe por fax el formulario completo al Centro EPIDIOLEX Engage™ o, si se conoce el proveedor de farmacia especializada preferido del pagador, puede enviarse directamente a una de las siguientes farmacias especializadas autorizadas:

	FAX
Centro EPIDIOLEX Engage	1 855 518 7566
o	
AcariaHealth	1 877 541 1503
Accredo	1 888 302 1028
AllianceRx Walgreens Prime	1 877 231 8302
Amber Pharmacy	1 402 896 3774
CVS Specialty	1 844 691 1343

Antes de enviar este formulario, asegúrese de lo siguiente:

- que este formulario de inscripción esté completado con toda la información necesaria que se solicita y la firma del médico que prescribe;
- que se proporcionen copias de las tarjetas de cobertura para fármacos con receta y del seguro de salud;
- que se envíe por separado una receta para EPIDIOLEX por fax o correo electrónico.

Véase la Información de prescripción completa adjunta.

Formulario de autorización del paciente opcional en virtud de la HIPAA

Autorización del paciente para usar o divulgar información médica

Al firmar este Formulario de autorización del paciente en virtud de la HIPAA ("Autorización"), por la presente solicito y autorizo a mis médicos, farmacéuticos (incluida cualquier farmacia especializada que reciba mi receta para EPIDIOLEX) y otros proveedores de atención médica ("Proveedores"), y a mis aseguradoras de salud ("Aseguradoras") y sus respectivos agentes y contratistas a divulgar mi información médica protegida, incluida, entre otra, información relacionada con mi afección médica y tratamiento (incluida la información de la receta), mi número de póliza y cobertura de seguro de salud, mi nombre, dirección de correo electrónico y correo postal, número de teléfono, fecha de nacimiento y número del seguro social ("Información médica protegida" o "PHI" [Protected Health Information]), a Greenwich Biosciences, Inc. y sus afiliadas, y sus respectivos agentes y contratistas (en conjunto, "Greenwich Biosciences") para los siguientes fines: (i) comunicarse conmigo, mi(s) representante(s) personal(es), tutor(es) o personas designadas, mis Proveedores, Aseguradoras u otras personas que haya identificado en relación con mi enfermedad o tratamiento (incluido EPIDIOLEX); (ii) comunicarse conmigo en relación con la inscripción en programas de apoyo o investigaciones de mercado relacionadas, incluidas encuestas a pacientes; (iii) proporcionarme materiales educativos, información y servicios que se relacionen con EPIDIOLEX, mi enfermedad y formas que me ayuden a mantener el tratamiento indicado; (iv) realizar análisis o mejorar o desarrollar productos (incluido EPIDIOLEX), servicios, programas o el tratamiento relacionados con mi enfermedad; (v) realizar actividades relacionadas con la calidad, eficacia y seguridad de EPIDIOLEX; (vi) ofrecerme oportunidades de participar en cualquier ensayo o estudio clínico; (vii) anonimizar mi PHI o combinarla con otros datos para fines de investigación o análisis, o para cualquier otro fin permitido por la ley; (viii) enviarme comunicaciones de marketing; o (ix) usar o divulgar mi PHI según lo exija o permita la ley.

Comprendo que, una vez que mi PHI se haya divulgado a Greenwich Biosciences, mi información puede estar protegida por ciertas leyes estatales sobre privacidad, pero puede que ya no esté protegida por las federales sobre privacidad y puede estar sujeta a más divulgaciones. Comprendo que uno o más Proveedores o Aseguradoras pueden recibir pagos por parte de Greenwich Biosciences para el uso o la divulgación de mi Información médica protegida para algunos de los fines permitidos por esta Autorización o todos ellos. Comprendo que Greenwich Biosciences no venderá mi nombre, dirección, dirección de correo electrónico o cualquier otra información a otra parte para su propio uso de marketing. Comprendo que no estoy obligado a otorgar esta Autorización. Si no la otorgo, mi tratamiento (lo que incluye la administración de EPIDIOLEX), el pago de mi tratamiento o la elegibilidad para los beneficios del seguro no se verán afectados, pero es posible que no reciba los demás servicios descritos anteriormente.

Comprendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento enviando por correo postal una solicitud por escrito dirigida al representante de Greenwich Biosciences a PO Box 42485, Cincinnati, OH 45242, enviando por fax mi cancelación al número 1 855 518 7566 o llamando por teléfono al número 1 833 GBNGAGE (1 833 426 4243). El representante de Greenwich Biosciences deberá proporcionar oportunamente la notificación de mi cancelación a las partes correspondientes. Una vez que reciban y procesen el aviso de cancelación de esta Autorización, las partes correspondientes ya no podrán compartir mi PHI con Greenwich Biosciences según lo permite esta Autorización. Sin embargo, la cancelación de esta Autorización no afectará ninguna medida que las partes correspondientes hayan tomado en función de esta Autorización antes de recibir mi aviso de cancelación. Esta Autorización expirará en cinco (5) años a partir de la fecha en que se firme a continuación, salvo que la ley de mi estado de residencia exija un período menor. Comprendo que tengo el derecho a solicitar y recibir una copia de esta Autorización.

Al firmar a continuación, indico que he leído la información establecida en esta Autorización y la comprendo.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente o tutor, si corresponde: _____

Nombre (si es distinto del paciente): _____ Fecha (mes/día/año): _____

Relación con el paciente: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Para obtener asistencia adicional, llámenos al 1 833 GBNGAGE (1 833 426 4243).

Véase la Información de prescripción completa adjunta.

