

La versión de este formulario en idioma español tiene fines de traducción únicamente y no puede ser presentada para inscribirse en OnePath.

Una vez que haya leído este formulario, firme y envíe la versión en idioma inglés para la inscripción.

1 Médico que prescribe / receta	2 Información acerca el Centro de Atención
--	---

Nombre (primer nombre, apellido) _____ Contacto en el consultorio _____ Nombre del centro _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ () () Teléfono _____ Fax _____ Id. tributaria _____ N.º de licencia estatal _____ N.º de identificador nacional de proveedor _____	Nombre (primer nombre, apellido) _____ Contacto en el consultorio _____ Nombre del centro _____ N.º de identificador nacional de proveedor _____ Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ () () Teléfono _____ Fax _____ Por favor, suministre el n.º único de identificación del médico o n.º de identificación del profesional de la salud con el/los seguro/s del paciente: _____
--	---

3 Información del paciente

Nombre (primer nombre, inicial del 2.º nombre, apellido) _____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nac.: Mes _____ Día _____ Año _____	N.º de Seguro Social _____
Dirección _____	Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____
Dirección de correo electrónico _____	Teléfono particular _____	Horario para localizarlo _____	Teléfono del trabajo _____
		Horario para localizarlo _____	Teléfono celular _____

4 Información del seguro - Por favor, adjunte copias de ambos lados de la(s) tarjeta(s) de seguro del paciente	<input type="checkbox"/> Marcar aquí si el paciente no tiene seguro
---	--

Seguro principal _____	Teléfono del seguro _____	N.º de id. de póliza paciente _____	N.º de grupo _____	Nombre del titular de la póliza (primer nombre, apellido y relación con el paciente) _____
Seguro secundario _____	Teléfono del seguro _____	N.º de id. de póliza paciente _____	N.º de grupo _____	Nombre del titular de la póliza (primer nombre, apellido) y relación con el paciente _____

5 Información del producto

Indique el producto de Shire: ELAPRASE® (idursulfase) VPRIV® (velaglucerasa alfa por inyección)

6 Autorización del médico

Confirmando que la información proporcionada anteriormente del médico que receta/recomienda es correcta.
 Firma del profesional que prescribe (no se aceptan sellos): _____ Fecha _____

7 Autorización del paciente para compartir información personal sobre su salud

Autorizo a cualquier plan de salud, médico, profesional de atención médica, hospital, clínica, proveedor farmacéutico o de otro tipo de atención médica (colectivamente, "Proveedores de atención médica") a divulgar mi información de salud personal, incluida la información relacionada con mi afección médica, el tratamiento, la administración de la atención médica y el seguro de salud, así como toda la información proporcionada en este formulario y en cualquier receta ("Información personal de salud") a Shire Human Genetic Therapies, Inc., a sus filiales y a sus representantes, agentes y contratistas (colectivamente, "Shire") y a recibir una compensación financiera de Shire a cambio para los siguientes fines: a Shire para proporcionar servicios de soporte de productos, incluida la coordinación de los beneficios y la terapia, la asistencia para reembolsos, la investigación de la cobertura del seguro, la comunicación conmigo mediante correo electrónico, correo postal o teléfono sobre mi afección médica, el tratamiento, la administración de la atención médica y el seguro de salud y para uso interno de Shire, incluido el análisis de datos. Comprendo que Shire puede divulgar nuevamente mi Información personal de salud, proporcionada conforme a esta autorización, y en ese caso no se encontrará protegida por las leyes de privacidad federales. Sin embargo, comprendo que Shire acuerda asumir esfuerzos razonables para mantener mi Información personal de salud de forma segura y no divulgarla a terceros sin razón legítima para tal fin. Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para beneficios, incluido el acceso a la terapia, no están condicionados a la firma de esta Autorización. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia firmada de esta Autorización. Esta Autorización vence un año luego de la fecha de ejecución o en un año a partir de la fecha de la última receta, la que sea posterior. Comprendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento si envío una notificación por escrito a OnePath®, 300 Shire Way, Lexington, MA 02421, que entra en vigencia mediante la recepción de cualquier Proveedor de atención médica, sujeta a las leyes de privacidad federales, salvo en caso de que se hayan tomado medidas en relación con esta Autorización.

Firma del paciente: _____ Fecha _____
 (si el paciente es menor): Padre/Nombre del tutor/representante legal (en letra de imprenta): _____ Relación con el paciente _____
 Padre/Firma del tutor/representante legal: _____ Fecha _____

8 Autorización del paciente para los servicios de OnePath de Shire

Certifico que toda la información proporcionada en este formulario es precisa y completa. Autorizo a Shire a proporcionar servicios de soporte de productos, incluidos pero sin limitarse a estos, la coordinación de los beneficios y la terapia, la asistencia para reembolsos, la investigación de la cobertura del seguro, la comunicación conmigo mediante correo electrónico, correo postal o teléfono sobre mi afección médica, el tratamiento, la administración de la atención médica y el seguro de salud.

Firma del paciente: _____ Fecha _____
 Padre/Firma del tutor/representante legal: _____ Fecha _____

ORIENTACIÓN ADICIONAL PARA COMPLETAR EL FORMULARIO

- 1 Información del médico que prescribe,
- 2 Información sobre el centro de atención,
- 3 Información del paciente,
- 4 Información de seguro,
- 5 Información sobre el producto y
- 6 Autorización del médico

- Complete todos los campos del formulario
- No envíe a Shire ninguna documentación de análisis de laboratorio, historia clínica u otros documentos que respalden su anterior proceso de autorización

7 Autorización del paciente para compartir Información personal de salud

- Se requiere la firma del paciente para permitir que terceros compartan la información personal de salud con Shire a fin de facilitar el acceso a VPRIV/ELAPRASE (beneficios de seguro, transferencia de la prescripción a un Proveedor Farmacéutico Especializado, etc.)

8 Autorización del paciente para los Servicios OnePath de Shire

- La firma del paciente permite que los pacientes elegibles reciban servicios de apoyo en relación con el producto que les ayudarán a obtener VPRIV/ELAPRASE
 - Investigación de beneficios
 - Evaluar la elegibilidad del paciente para recibir apoyo de copagos y brindar información sobre programas de asistencia financiera de terceros, según sea necesario
 - Capacitación en servicio (si se solicita)
 - Inscripción para asignación de un Administrador de Casos de OnePath y servicios de apoyo en relación con el producto

¿QUÉ SUCEDE DESPUÉS?

- Una vez que el formulario completo haya sido enviado a OnePath®, los pacientes elegibles serán asignados a un Administrador de Casos dedicado .
- El Administrador de Casos se pondrá en contacto directamente con el/la paciente para informarle sobre los servicios disponibles a través de OnePath y comenzar el proceso de verificación de seguro
- El Administrador de Casos trabajará junto con la compañía de seguro para determinar los beneficios de seguro
 - Si corresponde, OnePath evaluará la elegibilidad del paciente para recibir apoyo de copagos y brindará información sobre otros posibles medios de ayuda que puedan permitir que el paciente acceda a VPRIV/ELAPRASE
- El Administrador de Casos notificará al consultorio del médico sobre todo otro requisito del proceso de autorización previa que se identifique durante la investigación de beneficios, según corresponda

ELAPRASE (idursulfase)

VPRIV (velaglucerase alfa para inyección)



ADDITIONAL GUIDANCE FOR COMPLETION OF FORM

- 1** Prescribing Physician Information, **2** Site of Care Information, **3** Patient Information, **4** Insurance Information, **5** Product Information, and **6** Physician Authorization

- Fill out completely
- Do not submit to Shire any documentation of labs, clinical history, or other documents supporting the prior authorization process

7 Patient Authorization to Share Personal Health Information

- The patient signature is required to allow personal health information to be shared by third parties to Shire to facilitate access to VPRIV/ELAPRASE (insurance benefits, transfer Rx to Specialty Pharmacy Provider, etc.)

8 Patient Authorization for Shire's OnePath Services

- The patient signature allows eligible patients to receive product support services to assist them with obtaining VPRIV/ELAPRASE
 - Benefits Investigation
 - Assess patient's eligibility for co-pay support and provide information about third-party financial assistance programs, as necessary
 - In-Service training (if requested)
 - Enrollment in OnePath/Patient Support Manager assignment and product support services

WHAT HAPPENS NEXT?

- Once the completed form has been submitted to OnePath®, eligible patients will be assigned a dedicated Patient Support Manager.
- The Patient Support Manager will contact the patient directly to inform him or her of the services available through OnePath and to begin the insurance verification process
- The Patient Support Manager will work with the insurance company to determine insurance benefits
 - If applicable, OnePath will assess the patient's eligibility for co-pay support and provide information about other potential means of assistance to allow patient access VPRIV/ELAPRASE
- The Patient Support Manager will notify Physician's office of any prior authorization process requirements identified during the benefit investigation, if applicable.

ELAPRASE (idursulfase)

VPRIV (velaglucerase alfa for injection)

