

Formulario de inscripción del paciente en UroGen Support™ para JELMYTO

Para obtener una descripción general de los pasos clave, visite www.JELMYTO.com/hcp/support

Ofrecimientos del programa UroGen Support

Una vez completado, este formulario de inscripción permite a UroGen Support proporcionar información de acceso y reembolso y apoyo a los pacientes elegibles de JELMYTO. Los ofrecimientos del programa incluyen investigación de beneficios, asistencia y apoyo informativo con autorización previa y proceso de apelación de cobertura, asistencia de facturación y codificación, programas de asequibilidad de los pacientes y asistencia logística en torno a la adquisición, preparación y entrega del fármaco.



Si tiene preguntas sobre la inscripción de pacientes o necesita asistencia, llame al 855-JELMYTO (855-535-6986). Una vez completado, envíe por fax este formulario a UroGen Support al 833-664-7216, envíelo por correo electrónico a escalations@urogensupport.com o inicie sesión en el portal en UroGenSupport.com.

TODA LA INFORMACIÓN ES OBLIGATORIA a menos que se indique lo contrario.

Información del paciente

Marque aquí si se incluye una copia de la ficha del paciente. Si no se incluye la ficha del paciente, complete esta sección.

Nombre		Apellido	
Fecha de nacimiento	Sexo	Residente de EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Últimos 4 dígitos del SSN
Dirección		Ciudad/Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico		Teléfono móvil <input type="checkbox"/> Teléfono preferido	Teléfono particular <input type="checkbox"/> Teléfono preferido
¿Es adecuado dejar un mensaje detallado por medio del buzón de voz? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de contacto alternativo		Número de contacto alternativo
Relación con el paciente		Alergias del paciente	

Información del seguro del paciente

Marque aquí si se adjuntan copias de las tarjetas del seguro principal y secundario del paciente. Marque aquí si el paciente no tiene seguro.

Proveedor de seguro médico principal

Número de teléfono del proveedor de seguro	Titular principal del seguro (si no es el paciente)
Fecha de nacimiento del titular principal del seguro	Últimos 4 dígitos del SSN del titular principal del seguro
Número de póliza	Número de grupo

Proveedor de seguro médico secundario

Número de teléfono del proveedor de seguro	Titular principal del seguro (si no es el paciente)
Fecha de nacimiento del titular principal del seguro	Últimos 4 dígitos del SSN del titular principal del seguro
Número de póliza	Número de grupo

855-JELMYTO (855-535-6986)

833-664-7216

www.JELMYTO.com/hcp/support

Formulario de inscripción del paciente en UroGen Support™ para JELMYTO



Si tiene preguntas sobre la inscripción de pacientes o necesita asistencia, llame al 855-JELMYTO (855-535-6986). Una vez completado, envíe por fax este formulario a UroGen Support al 833-664-7216, envíelo por correo electrónico a escalations@urogensupport.com o inicie sesión en el portal en UroGenSupport.com.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

TODA LA INFORMACIÓN ES OBLIGATORIA a menos que se indique lo contrario.

Programa de asistencia al paciente

Marque aquí si desea inscribir al paciente en el programa de asistencia al paciente de UroGen Support.

Ingresos anuales brutos totales

Ingresos generales del hogar

Cuántas personas viven en el hogar (incluya al paciente)

Visite JELMYTO.com/hcp/support para conocer los requisitos de elegibilidad.

Programa de copago comercial

Marque aquí si desea inscribir al paciente en el programa de copago comercial de UroGen Support.

Visite JELMYTO.com/hcp/support para conocer los requisitos de elegibilidad.

Autorización del paciente

Autorización de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos

Autorizo a mis proveedores de atención médica (incluidas aquellas farmacias que pueden recibir mi receta de JELMYTO) y a mis seguros de salud a divulgar mi información médica protegida (PHI), incluida información médica relacionada con mi afección médica, tratamiento, receta, información financiera, incluidos los resultados de una verificación de crédito, cobertura de seguro, así como información que me identifique (p. ej., nombre, dirección y fecha de nacimiento) a UroGen Pharma, Ltd., sus afiliadas, empleados, representantes y agentes (colectivamente "UroGen" o "UroGen Support") que han sido contratados para administrar el programa UroGen Support en su nombre con el fin de que UroGen Support (1) me inscriba en UroGen Support; (2) determine mi elegibilidad para los beneficios y los posibles costos de bolsillo de JELMYTO; (3) se comunique con mis proveedores de atención médica y planes de salud sobre mi plan de tratamiento; (4) me proporcione ofrecimiento de apoyo, incluida la educación para el paciente y el acceso a asistencia financiera para JELMYTO; (5) me ayude con la preparación y entrega de JELMYTO a mis proveedores de atención médica; (6) facilite mi participación en los programas para pacientes de JELMYTO sobre los que he elegido recibir información, tal como se indica a continuación; y (7) proporcione educación e instrucción a mis proveedores de atención médica durante los procedimientos de instalación de JELMYTO. Acepto que, utilizando la información de contacto que proporcione, UroGen Support puede ponerse en contacto conmigo por motivos relacionados con el programa UroGen Support y los ofrecimientos de asistencia y puede dejarme mensajes que puedan revelar que estoy recibiendo tratamiento con JELMYTO. Doy mi consentimiento para que un representante del programa UroGen Support se ponga en contacto conmigo para obtener más información o aclaraciones sobre cualquier evento adverso que pueda experimentar. UroGen también puede utilizar la PHI sobre mí para fines de garantía de calidad y para evaluar las operaciones y los servicios de UroGen Support.

Entiendo que una vez que mi PHI se haya divulgado a UroGen Support, ya no estará protegida por las leyes federales de privacidad y UroGen Support podrá volver a divulgarla; sin embargo, UroGen Support ha aceptado proteger mi PHI usándola y divulgándola solo para los fines descritos anteriormente o según lo exija la ley.

Puedo retirar esta autorización llamando a UroGen Support al 855-535-6986 o enviando una carta solicitando dicha revocación a UroGen Support, 601 S Lake Destiny Road, Suite 300, Maitland, FL 32751, pero no cambiará ninguna medida adoptada antes del retiro de la autorización. El retiro de la autorización terminará con nuevos usos y divulgaciones de PHI por parte de las partes identificadas en este formulario, excepto en la medida en que dichos usos y divulgaciones se hayan hecho en virtud de mi autorización. Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario y, si lo hago, no podré participar en el programa UroGen Support, pero no afectará mi elegibilidad para obtener tratamiento médico ni mi capacidad para solicitar el pago de este tratamiento ni mi inscripción en el seguro ni elegibilidad para la cobertura del seguro. Una vez firmado este formulario, el médico que me receta está autorizado a enviar mi inscripción a UroGen Support por correo electrónico, fax o mensaje de texto y a comunicar información por teléfono para facilitar el intercambio de materiales de comercialización. Esta autorización caduca tres (3) años después de la fecha en que firme a continuación, o el período máximo permitido por la legislación aplicable si es inferior a tres años. Entiendo que recibiré una copia de la autorización firmada.

Consentimiento para materiales de educación y apoyo para pacientes

Autorizo a UroGen Support a que me envíe los materiales educativos y de apoyo relevantes que pertenezcan a UTUC de bajo grado y/o JELMYTO **por correo electrónico o correo directo**. Esto puede incluir materiales de UroGen Pharma o de un tercero que trabaje en nombre de UroGen Pharma.

Marque esta casilla si no desea recibir educación y apoyo al paciente.

Autorización del programa de asistencia al paciente UroGen Support y del programa de copago comercial

Al marcar esta casilla, entiendo que UroGen Support determinará si soy elegible para el Programa de asistencia al paciente (Patient Assistance Program, PAP) y me inscribirá en él si lo soy. Por lo general, los pacientes son elegibles para el PAP si se les ha recetado JELMYTO, no tienen cobertura de seguro para JELMYTO y tienen un nivel de ingresos brutos ajustado en el hogar inferior o igual al 400 % del nivel federal de pobreza en función del tamaño de su hogar.

Al marcar esta casilla, entiendo que UroGen Support determinará mi elegibilidad y me inscribirá en el programa de copago comercial si tengo seguro comercial con una receta válida para JELMYTO. Los pacientes inscritos son elegibles para recibir un beneficio anual máximo de hasta 14 000 USD. El paciente es responsable de 50 USD por dosis, y cualquier costo restante después de alcanzar cualquier beneficio máximo mensual y/o anual. También certifico que la información enviada para cualquier programa de asequibilidad es precisa, que los gastos solicitados para el pago son elegibles y realmente ocurrieron, y que no los ha pagado ni los pagará mi seguro, la cuenta de gasto flexible (FSA), la cuenta de ahorros de salud (HSA), la cuenta de reembolso de salud (HRA) o cualquier otro pagador o programa de descuento/copago. Certifico que las solicitudes de reembolso enviadas no serán pagadas por Medicare, Medicaid, Tricare, CHAMPUS, VA ni ningún otro programa gubernamental (financiado estatal o federalmente) y que no estoy cubierto por ninguno de estos programas. Entiendo que soy responsable de cualquier tergiversación en el presente documento en la totalidad de la legislación aplicable. Ofrecimiento válido solo en los Estados Unidos y sus territorios.

AVISO DE PRIVACIDAD: Para obtener más información sobre qué datos recopilamos sobre usted y cómo los utilizamos, así como información sobre los derechos que puede tener en virtud de la Ley de privacidad del consumidor de California, consulte nuestra Política de privacidad disponible en www.urogen.com/privacy-policy/.

Firma del paciente (REQUERIDA): Al firmar este documento, autorizo la divulgación de mi información tal y como se ha establecido anteriormente.

Firma del paciente

Nombre en mayúsculas

Fecha

Fecha de nacimiento

Número de teléfono

Si procede: nombre del representante autorizado

Relación con el paciente

Número de teléfono

Formulario de inscripción del paciente en UroGen Support™ para JELMYTO



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

TODA LA INFORMACIÓN ES OBLIGATORIA a menos que se indique lo contrario.

Información del consultorio		Información del médico que receta	
Nombre del consultorio		Nombre del médico que receta	
Dirección del consultorio		Dirección del médico que receta	
Ciudad/Estado	Código postal	Ciudad/Estado	Código postal
Número de NPI	Número de identificación fiscal	Número de NPI	
Número de DEA	Fecha de caducidad	Número de Medicaid	
Nombre de contacto de la oficina		Número de licencia estatal	
Número de teléfono	Número de fax	Número de teléfono	Número de fax
Correo electrónico		Correo electrónico	
Método preferido de contacto <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo electrónico		Método preferido de contacto <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo electrónico	

Información del diagnóstico	
Seleccione el código de diagnóstico. De lo contrario, retrasará el procesamiento del formulario de inscripción del paciente.	
<input type="checkbox"/> C65.1 neoplasia maligna de pelvis renal derecha <input type="checkbox"/> C65.2 neoplasia maligna de pelvis renal izquierda <input type="checkbox"/> C65.9 neoplasia maligna de pelvis renal no especificada	<input type="checkbox"/> C66.1 neoplasia maligna del uréter derecho <input type="checkbox"/> C66.2 neoplasia maligna del uréter izquierdo <input type="checkbox"/> C66.9 neoplasia maligna de uréter no especificado

Información de la receta	
Instrucciones para la farmacia (seleccione todas las opciones que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Curso inicial	Prepare un kit de JELMYTO 80 mg semanalmente de acuerdo con las instrucciones de JELMYTO para la farmacia para la instilación mediante catéter ureteral o tubo de nefrostomía para 6 instilaciones completadas. Renovaciones: 8 (pueden dispensarse según sea necesario para instilaciones incompletas).
<input type="checkbox"/> Curso de mantenimiento	Prepare un kit de JELMYTO 80 mg al mes de acuerdo con las instrucciones de JELMYTO para la farmacia para la instilación mediante catéter ureteral o tubo de nefrostomía. Renovaciones: 12
<input type="checkbox"/> Curso inicial de enfermedad renal/bilateral secundaria	Prepare un kit de JELMYTO 80 mg semanalmente de acuerdo con las instrucciones de JELMYTO para la farmacia para la instilación mediante catéter ureteral o tubo de nefrostomía para 6 instilaciones completadas. Renovaciones: 8 (pueden dispensarse según sea necesario para instilaciones incompletas).
<input type="checkbox"/> Curso de mantenimiento de enfermedad renal/bilateral secundaria	Prepare un kit de JELMYTO 80 mg al mes de acuerdo con las instrucciones de JELMYTO para la farmacia para la instilación a través de un catéter ureteral o un tubo de nefrostomía para 6 instilaciones completadas. Renovaciones: 12

Al firmar a continuación, certifico que (1) la terapia mencionada es médicamente necesaria y es lo mejor para el paciente antes mencionado; (2) autorizo a UroGen Pharma, Inc. y sus contratistas y socios comerciales ("Contratistas") a (i) suministrar cualquier información al seguro del paciente antes mencionado, (ii) reenviar la receta mencionada por fax u otros medios de entrega a una farmacia con licencia, y (iii) verificar los beneficios y coordinar la entrega de JELMYTO cuando corresponda (BIR es solo para UTUC de bajo grado); y (3) declaro que he obtenido todas las autorizaciones y consentimientos federales y estatales necesarios de mi paciente para permitirme divulgar información médica a UroGen Support y a sus terceros contratados; y (4) acepto el Acuerdo de socio comercial con los Servicios de asistencia al proveedor de Copilot, tal como se presenta en <https://baa.urogensupport.com>.

Firma del médico que receta (se requiere la firma; el sello no es aceptable)

Nombre en mayúsculas

Fecha

Formulario de inscripción del paciente en UroGen Support™ para JELMYTO



Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Información de entrega del fármaco

Si utiliza un socio de mezclado, indique dónde se entregará el fármaco para la instilación/tratamiento (si se conoce).
Si se realiza el automezclado, la dirección de entrega debe coincidir con la dirección registrada en el archivo de Cardinal Health SPD.

Nombre de la ubicación	Nombre de contacto	
Dirección 1	Ciudad/Estado	Código postal
Dirección 2	Ciudad/Estado	Código postal
Número de teléfono	Número de fax	
Correo electrónico	Método preferido de contacto <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo electrónico	

Información del centro de atención (si es diferente de la información del médico que receta)

<input type="checkbox"/> Marque aquí si la información del centro de atención es la misma que la información del médico que receta. <input type="checkbox"/> Marque aquí si la información del centro de atención es la misma que la información del consultorio. <input type="checkbox"/> Marque aquí si el centro de atención es el mismo que la información de entrega del fármaco.	Nota: aquí es donde se instilará JELMYTO al paciente. Si se conoce, toda la información es necesaria.	
Tipo de centro de atención <input type="checkbox"/> Consultorio médico <input type="checkbox"/> Centro quirúrgico ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospital ambulatorio	Otro	
Nombre del centro de atención	Nombre de contacto del centro de atención	
Dirección 1	Ciudad/Estado	Código postal
Dirección 2	Ciudad/Estado	Código postal
Número de teléfono	Número de fax	Correo electrónico
Número de NPI	Número de Medicaid	Número de identificación fiscal
Nombre de contacto del programador del centro de atención (si es diferente del contacto del centro de atención)	Número de teléfono	
Nombre de contacto del centro de atención para beneficios (donde se enviarán los resultados de la cobertura del seguro del paciente)	Número de teléfono	
Método preferido de contacto <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo electrónico		



Si tiene preguntas sobre la inscripción de pacientes o necesita asistencia, llame al 855-JELMYTO (855-535-6986). Una vez completado, envíe por fax este formulario a UroGen Support al 833-664-7216, envíelo por correo electrónico a escalations@urogensupport.com o inicie sesión en el portal en UroGenSupport.com.

855-JELMYTO (855-535-6986)

833-664-7216

www.JELMYTO.com/hcp/support