

Formulario de inscripción al programa MyROCK ASSIST

INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN

1. Complete todas las secciones pertinentes del formulario de inscripción al programa **MyROCK ASSIST**.
2. Asegúrese de que todos los campos requeridos de firma del proveedor y del paciente estén completos.
3. Envíe por fax el formulario completado de inscripción al programa **MyROCK ASSIST** y toda la documentación requerida a **MyROCK ASSIST** al 1-833-635-1481.

CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE: La confidencialidad del paciente es primordial para nosotros. Toda la información del paciente será confidencial.



Escanee para ver la descripción de los servicios o para inscribirse de forma digital en **MyROCKASSIST.com**

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre* _____		Inicial del segundo nombre _____		Apellido* _____		Correo electrónico _____		Teléfono* _____	
								Teléfono celular (preferido) <input type="checkbox"/> Teléfono fijo (opcional) <input type="checkbox"/>	
Método de contacto preferido <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico _____		Dirección (No apartados de correos)* _____		Sexo asignado <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer al nacer*					
<input type="checkbox"/> Leí el Consentimiento para el envío de mensajes de texto en la Sección 8 y doy mi consentimiento expreso para recibir mensajes de texto por parte del Programa o en su nombre.									
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)* _____			Ciudad* _____			Estado* _____		Código postal* _____	
Nombre del representante autorizado _____			Relación con el paciente <input type="checkbox"/> Yo soy el paciente <input type="checkbox"/> Representante autorizado <input type="checkbox"/> Cuidador						

FIRMA Y FECHA

Leí y acepto la **Autorización del paciente para usar y divulgar información de salud** que se encuentra en la **Sección 7**.

FIRMA Y FECHA

Leí y acepto las **Certificaciones del Paciente** en la **Sección 8**.

*Indica un campo obligatorio

Formulario de inscripción al programa MyROCK ASSIST

2 INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DEL PACIENTE

(Adjunte una copia de la tarjeta del seguro/Medicare/Medicaid del paciente, anverso y reverso, si dispone de ella. Si solicita el suministro del Programa QuickStart porque ya recibió la denegación de la autorización previa, adjunte una copia de la prueba de la denegación para agilizar el proceso).

¿El paciente tiene seguro médico? Sí No Empleado: _____

Seguro de medicamentos primario _____ Seguro médico primario _____

Teléfono _____ Teléfono _____

N.º de identificación de la póliza _____ N.º de grupo _____ N.º de identificación de la póliza _____ N.º de grupo _____

N.º BIN Rx: _____ N.º Rx PCN _____

Nombre y apellido del titular de la póliza _____ Relación con el paciente _____

3 INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE

(Solo se exige si se solicita el Programa de Asistencia al Paciente (PAP). Podría requerir una constancia de ingresos.)

Situación laboral: Empleado Desempleado \$ _____
 Ingresos anuales del hogar en la actualidad Cantidad de personas en el hogar _____

Si no hay ingresos del hogar, indique cómo se mantiene al paciente/hogar _____

El suministro gratuito de medicamentos a través del PAP corre a cargo de Sanofi Cares North America (SCNA), una organización benéfica de Sanofi conforme a la Sección 501(c)(3) del IRC.

4 INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

(El contacto del consultorio será el punto de contacto para todas las preguntas relacionadas con el Formulario de inscripción en el programa).

Nombre y apellidos del prescriptor* _____ Número NPI del prescriptor* _____

Dirección* _____

Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____

Teléfono* _____ Fax* _____ Número de licencia estatal del prescriptor _____

Nombre de contacto del consultorio _____ Dirección de correo electrónico _____

*Indica un campo obligatorio

Formulario de inscripción al programa MyROCK ASSIST

5 INFORMACIÓN CLÍNICA Y SOBRE PRESCRIPCIÓN*

Nombre del paciente* _____ Apellido del paciente* _____

Medicamentos actuales _____ Tratamientos previos intentados, fallidos o a los que se es intolerante. _____

Alergias conocidas a medicamentos _____ Diagnóstico (Código CIE-10)* _____

Fecha prevista de inicio del tratamiento (MM/DD/AAAA) _____

Farmacia especializada de preferencia Biologics by McKesson Onco360 Amber Specialty Pharmacy Receta enviada por fax a la farmacia institucional Sin preferencia

Red de farmacias especializadas Receta para REZUROCK® comprimidos de 200 mg

Quick Start u otros programas de productos gratuitos de MyROCK ASSIST REZUROCK® 200 mg comprimidos

REZUROCK® (belumosudil) # 30 comprimidos de 200 mg
Tomar 1 comprimido al día

Resurtidos

Para pacientes en tratamiento con inductores fuertes del CYP3A o coadministración con inhibidores de la bomba de protones REZUROCK® (belumosudil) #60 comprimidos de 200 mg Tomar 1 comprimido dos veces al día

Resurtidos

Nombre y apellidos del prescriptor: _____

REZUROCK® (belumosudil) # 30 comprimidos de 200 mg
Tomar 1 comprimido al día

Resurtidos

Para pacientes en tratamiento con inductores fuertes del CYP3A o coadministración con inhibidores de la bomba de protones REZUROCK® (belumosudil) #60 comprimidos de 200 mg Tomar 1 comprimido dos veces al día

Resurtidos

Nombre y apellidos del prescriptor: _____

FIRMA Y FECHA >>> / /

Firma del prescriptor* Fecha*

FIRMA Y FECHA >>> / /

Firma del prescriptor* Fecha*

*Indica un campo obligatorio

Formulario de inscripción al programa MyROCK ASSIST

6 DECLARACIÓN DEL PRESCRIPTOR (SE REQUIERE LA FIRMA EN LA SECCIÓN 5 DE LA PÁGINA 3)

Certifico que (1) a mi leal saber y entender, la información contenida en esta solicitud es actual, completa y exacta; (2) el tratamiento indicado arriba es necesario desde el punto de vista médico y en el mejor interés del paciente identificado arriba y que supervisaré el tratamiento del paciente conforme a lo indicado; (3) Obtuve todo consentimiento requerido por las leyes federales y estatales para la divulgación y el uso de la información de salud personal del paciente, incluyendo información de diagnóstico, tratamiento, de salud y del seguro que figura en este formulario a Sanofi y sus agentes, proveedores de servicios y filiales, incluyendo los equipos comerciales y de campo, con fines de verificación de beneficios y coordinación del suministro del tratamiento, o para ayudar de otro modo al paciente a iniciar o continuar el tratamiento recetado y/o evaluar la elegibilidad del paciente para MyROCK ASSIST u otros programas para REZUROCK® (belumosudil); y (4) No solicitaré pago a ningún pagador, paciente u otra fuente por el producto gratuito proporcionado directamente al paciente. Obtuve la autorización del paciente para inscribirlo en MyROCK ASSIST y para que Sanofi se comunique con él en relación con esta solicitud. Entiendo que no tengo ninguna obligación de recetar ningún tratamiento de Sanofi ni de participar en MyROCK ASSIST y que no recibí ni recibiré ningún beneficio de Sanofi por recetar un tratamiento de Sanofi. Certifico que resido legalmente en los Estados Unidos (y sus territorios). Autorizo a Sanofi y a sus agentes a transmitir la prescripción indicada arriba por cualquier medio permitido por la legislación aplicable a la farmacia dispensadora.

7 AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Por la presente autorizo a mis proveedores de atención médica, compañías de seguros médicos y proveedores farmacéuticos a divulgar mi información médica de identificación individual, incluyendo la información demográfica, nombre completo, dirección, fecha de nacimiento, número de teléfono, información del seguro médico, diagnóstico y afección médica, información de prescripción e información relacionada con el tratamiento, la administración de la atención y el historial de medicación ("Mi información") a Sanofi, sus filiales y sus agentes y representantes ("Sanofi"), incluyendo los equipos comerciales y de campo de Sanofi y terceros autorizados por Sanofi.

Mi información se compartirá con Sanofi para que Sanofi pueda administrar y proporcionarme servicios a través del programa de apoyo al paciente MyROCK ASSIST. Sanofi podría usar Mi información para:

- operar y administrar el programa de apoyo al paciente MyROCK ASSIST;
- verificar la cobertura del seguro, revisar los requisitos de reembolso y coordinar la cobertura para REZUROCK® (belumosudil);
- determinar si cumpla los requisitos para participar en los programas ofrecidos, incluyendo la ayuda para el copago, los medicamentos gratuitos u otros servicios de ayuda económica, o para remitirme a otros programas o fuentes de financiación;
- comunicarse conmigo para proporcionarme educación, información y servicios de apoyo relacionados con REZUROCK;
- comunicarse conmigo para realizar un estudio de mercado y evaluar el servicio de atención al cliente MyROCK ASSIST, y para ofrecer servicios de apoyo terapéutico diseñados para las personas a las que se les recetó REZUROCK;
- comunicarse conmigo acerca de las oportunidades de participar en investigaciones relacionadas con REZUROCK;
- proporcionarme apoyo terapéutico continuado, incluyendo mediante la comunicación con profesionales de la salud o proveedores de servicios.

Todas las ayudas relacionadas con la receta se limitan a los productos de Sanofi. Sanofi podría usar mi información anónima para fines de control de calidad, investigación, educación, análisis comercial, estudios de marketing u otros fines comerciales, y para evaluar y mejorar las operaciones y los servicios.

Una vez que Mi información haya sido divulgada a Sanofi, entiendo que las leyes federales de privacidad ya no pueden protegerla de una divulgación posterior. Sin embargo, también entiendo que Sanofi ha acordado proteger Mi Información usándola y divulgándola únicamente para los fines permitidos por mí en la Autorización o según lo exija la ley.

Continúa en la página siguiente ►

Formulario de inscripción al programa MyROCK ASSIST

7 AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD (continuación)

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta Autorización. Mi decisión de no firmar esta Autorización no afectará mi posibilidad de obtener tratamiento médico, pago por tratamiento, cobertura de seguro, acceso a beneficios de salud o medicamentos de Sanofi de entidades cubiertas tales como Proveedores de Atención Médica, Aseguradoras de Salud y Proveedores de Farmacia. Sin embargo, si no firmo esta Autorización, entiendo que no podré participar en el programa **MyROCK ASSIST**.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización firmada y que puedo revocar (retirar) esta Autorización en cualquier momento enviando por fax una solicitud escrita y firmada a **MyROCK ASSIST** al 833-635-1481 o enviando dicha solicitud por correo a **MyROCK ASSIST**, PO Box 592188, Orlando, FL 32859. **MyROCK ASSIST** ya no solicitará la divulgación de Mi información a mis proveedores de atención médica y compañías de seguros médicos una vez que haya recibido y procesado mi revocación. No obstante, la revocación de esta Autorización no afectará ningún uso y divulgación de Mis Datos que ya se haya producido en virtud de mi Autorización.

Si revoco esta Autorización, ya no podré recibir los servicios de asistencia de **MyROCK ASSIST**. Esta Autorización será válida durante dieciocho (18) meses a partir de la fecha indicada junto a mi firma en la sección 2 de la página 2, a menos que se revoque antes mediante mi solicitud por escrito o si la ley estatal la considera válida durante un período menor. Entiendo que no tengo que firmar esta Autorización para obtener tratamiento o beneficios de atención médica; sin embargo, para recibir los servicios y comunicaciones descritos anteriormente, debo firmar la Autorización. La Legislación Federal (incluyendo la Ley HIPAA) requiere una Autorización firmada para que **MyROCK ASSIST** recopile Mi Información de mis proveedores de atención médica. Entiendo que mi farmacia, las aseguradoras médicas y los proveedores externos podrían recibir una remuneración (pago) de **MyROCK ASSIST** y Sanofi o sus filiales a cambio de proporcionarme servicios de apoyo y que compartir Mi información ayuda a facilitar los servicios de apoyo que recibiré.

Para obtener más información sobre cómo Sanofi podría usar Mi información para los fines descritos en este formulario, consulte la [Política de privacidad](#) de Sanofi y la [Política de privacidad de datos de salud del consumidor](#). Dependiendo de mi lugar de residencia, podría tener ciertos derechos con respecto a mi información personal, incluyendo la solicitud de acceso o eliminación de mi información personal. Es posible que Sanofi no tenga la obligación de satisfacer mis solicitudes en determinadas circunstancias. Entiendo que para ejercer estos derechos, puedo comunicarme con la Oficina de Privacidad de Sanofi en PrivacyOfficeUSA@Sanofi.com.

8 CERTIFICACIONES DEL PACIENTE

Consentimiento de inscripción en el programa MyROCK ASSIST. Me inscribo en el Programa de Apoyo al Paciente **MyROCK ASSIST** (el "Programa") y autorizo a Sanofi y a sus filiales y agentes a prestarme servicios en el marco del Programa, tal y como se describe en el Formulario de Inscripción al Programa y como pueda añadirse en el futuro. Dichos servicios incluyen comunicaciones y apoyo sobre medicamentos y cumplimiento terapéutico, apoyo a la dispensación de medicamentos, apoyo a la cobertura y asistencia financiera, educación sobre enfermedades y medicamentos y otros servicios de apoyo (los "Servicios"). **MyROCK ASSIST** es un programa de apoyo a los pacientes que les ayuda a acceder a REZUROCK y les proporciona educación y recursos relacionados con REZUROCK. Si me inscribo en el Programa de ahorro de copago **MyROCK ASSIST**, entiendo que la información de la tarjeta de copago se enviará a mi farmacia especializada designada junto con mi receta y cualquier ayuda con mi participación en los gastos o copago aplicable para REZUROCK se realizará de acuerdo con los términos y condiciones del Programa. Autorizo a **MyROCK ASSIST** a verificar si cumplo los requisitos para el programa **MyROCK ASSIST**, y entiendo que dicha verificación podría incluir el ponerse en contacto conmigo o con mi proveedor de atención médica, seguro y/o información médica.

Consentimiento para la verificación de crédito. Autorizo a Sanofi a verificar mi elegibilidad para **MyROCK ASSIST**. Autorizo a Sanofi en virtud de la Ley de Informe Imparcial de Crédito (FCRA) a usar mi información demográfica para acceder a los informes sobre mi historial de crédito individual de las agencias de informes de consumidores. Entiendo que, si lo solicito, Sanofi me comunicará si se solicitó un informe del consumidor individual y el nombre y la dirección de la agencia que lo proporcionó. Además, entiendo y autorizo a Sanofi a usar cualquier informe del consumidor sobre mí, y la información que obtengan de mí, junto con otra información que obtengan de fuentes públicas y de otro tipo, para calcular mis ingresos junto con el proceso de determinación de la elegibilidad para el Programa de Asistencia al Paciente, si corresponde.

Continúa en la página siguiente ►

Formulario de inscripción al programa MyROCK ASSIST

8 CERTIFICACIONES DEL PACIENTE (continuación)

Condiciones de participación. Además, entiendo que ningún producto gratuito podrá ser presentado para su reembolso a ningún pagador, incluyendo Medicare y Medicaid; y que ningún producto gratuito podrá ser vendido, intercambiado o distribuido para su venta. Si se me aprueba para el Programa de Asistencia al Paciente MyROCK ASSIST, no solicitaré que el valor de los medicamentos que se me proporcionen en virtud de este programa se tenga en cuenta para los costos reales de bolsillo (TrOOP, por sus siglas en inglés) de los medicamentos recetados de mi plan de la Parte D de Medicare. La continuidad en el Programa de Asistencia al Paciente MyROCK ASSIST está condicionada a la verificación oportuna de los ingresos. Además, me comprometo a notificar a MyROCK ASSIST si la situación de mi seguro cambia.

Los pacientes cuyos beneficios de seguro de salud incluyen el uso de un Programa de Financiación Alternativa no son elegibles para el Programa de Asistencia al Paciente MyROCK ASSIST / medicamento gratuito basado en la necesidad. Los pacientes con planes de seguro o empleadores que se inscriban con estos proveedores de financiación alternativa no tendrán cobertura para los medicamentos especializados que se identifiquen en una lista determinada por el proveedor de financiación alternativa y deberán solicitar un programa de asistencia al paciente del fabricante o buscar cobertura de prescripción de medicamentos especializados a través del programa de financiación alternativa para obtener dichos medicamentos especializados, incluyendo productos de Sanofi. Estoy de acuerdo en informar al equipo del Programa de Asistencia al Paciente MyROCK ASSIST si soy miembro de dicho plan de seguro o si estoy solicitando al Programa de Asistencia al Paciente MyROCK ASSIST en nombre de un paciente que es miembro de dicho plan de seguro. Además, el equipo del Programa de Asistencia al Paciente MyROCK ASSIST puede tomar medidas adicionales para verificar la necesidad del programa de asistencia al paciente. Por lo tanto, si estoy solicitando el Programa de Asistencia al Paciente MyROCK ASSIST para mí o en nombre de un paciente, autorizo al equipo del Programa de Asistencia al Paciente MyROCK ASSIST a comunicarse con mi empleador/el empleador del paciente, la aseguradora y otros terceros (como los administradores de beneficios de farmacia y sus socios afiliados) para verificar el diseño y la cobertura de los beneficios de prescripción.

Comunicaciones y marketing. Autorizo a MyROCK ASSIST para comunicarse conmigo por correo, teléfono o correo electrónico con información sobre el Programa, el estado de la enfermedad y los productos, promociones, servicios y estudios de investigación, y para pedirme mi opinión sobre dicha información y temas, incluyendo los estudios de mercado y las encuestas relacionadas con la enfermedad (en conjunto, las "Comunicaciones"). Entiendo que Sanofi puede comunicarse conmigo en caso de que notifique un evento adverso. Entiendo que no tengo que inscribirme en el Programa ni recibir las Comunicaciones, y que puedo seguir recibiendo REZUROCK® (belumosudil), según me lo recete mi proveedor de atención médica. Puedo optar por dejar de recibir las Comunicaciones y los servicios de apoyo individual ofrecidos por el Programa, incluyendo la Tarjeta de Copago MyROCK ASSIST, o por dejar de participar en el Programa por completo en cualquier momento, notificándolo a MyROCK ASSIST por teléfono al 1-844-523-6661 o enviando una carta a MyROCK ASSIST, PO Box 592188, Orlando, FL 32859 o enviando un correo electrónico a Sanofi a PrivacyOfficeUSA@Sanofi.com. También entiendo que los Servicios podrían ser revisados, modificados o cancelados en cualquier momento.

Consentimiento para el envío de mensajes de texto. Al marcar la casilla de Consentimiento para recibir mensajes de texto de la página 1, doy mi consentimiento expreso para recibir mensajes de texto de MyROCK ASSIST o en su nombre, al número o números de teléfono celular que yo proporcione.

Confirmando que soy el suscriptor del/de los número(s) de teléfono(s) celular(es) proporcionados y acepto notificar de inmediato a Sanofi si cualquiera de mi(s) número(s) cambia(n) en el futuro. Entiendo que podrían aplicarse las tarifas de mensajes y datos de mi proveedor de servicios inalámbricos. Entiendo que puedo cancelar la recepción de futuros mensajes de texto en cualquier momento respondiendo STOP a los mensajes de texto desde mi teléfono celular o llamando al 844-523-6661, y que puedo obtener ayuda para los mensajes de texto llamando al 844-523-6661. También entiendo que en el futuro se me podrían proporcionar términos y condiciones adicionales de mensajería de texto como parte de un mensaje de texto de confirmación. Podría aplicar tarifas de mensajes de texto y datos. Entiendo que mi consentimiento no es necesario como condición para participar en el Programa o para adquirir bienes o servicios de Sanofi.

Haga clic aquí para ver la Información de prescripción completa o visite REZUROCK.com.

Envíe el formulario completado por fax al 1-833-635-1481. Para conocer todos los detalles del programa, visite MyROCKASSIST.com o llame al 1-844-523-6661.