

INSTRUCCIONES

- Si el paciente aún no ha firmado un Formulario de inscripción e investigación de beneficios para RADICAVA ORS[®] y RADICAVA[®], debe leer esta Autorización del paciente y firmar en la página 3 para autorizar los servicios del programa de apoyo *JourneyMate Support Program*[™].
- El paciente debe conservar una copia de este formulario como constancia.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Mi firma en la página 3 sirve como confirmación de que autorizo a cada uno de mis médicos y farmacéuticos, incluidos cualquier farmacia especializada y/o proveedor de infusiones a domicilio que reciba mi receta de RADICAVA ORS[®] o RADICAVA[®] y a otros proveedores de atención médica (en conjunto, "Proveedores de atención médica"), y a cada una de mis aseguradoras médicas (en conjunto, "Aseguradoras") a usar y divulgar mi información médica protegida, incluidos, entre otros, los registros médicos y antecedentes, la información relacionada con mi afección médica y tratamiento, mi cobertura de seguro médico, mi nombre, dirección, número de teléfono, el número del plan de seguro y/o del grupo (en conjunto, "Información médica protegida") a Mitsubishi Tanabe Pharma America, Inc., sus compañías afiliadas, agentes y representantes (en conjunto, "Mitsubishi Tanabe Pharma America" o "MTPA"), incluidos los proveedores de fuentes alternativas de financiación para los costos de los medicamentos recetados y los proveedores que ofrecen programas relevantes de educación de pacientes y otros proveedores de servicios que respaldan los programas de acceso y asistencia para los Proveedores de atención médica y los pacientes para los fines descritos a continuación (*JourneyMate Support Program*[™]).

• Inscripción a los servicios de acceso a los productos

Autorizo específicamente a MTPA a recibir, usar y divulgar mi Información médica protegida para los siguientes fines: (i) inscribirme y contactarse conmigo y/o con la persona legalmente autorizada para firmar en mi nombre, respecto del programa de apoyo *JourneyMate Support Program*[™], incluida la posible inscripción en el Programa de asistencia para gastos de bolsillo para RADICAVA ORS[®] o RADICAVA[®] si soy un paciente elegible, con un seguro comercial y con cobertura de seguro para RADICAVA ORS[®] o RADICAVA[®], o en el Programa de asistencia al paciente, si no tengo seguro y cumplo con los requisitos de elegibilidad; (ii) proporcionarme a mí, y/o proporcionar a la persona legalmente autorizada para firmar en mi nombre, materiales educativos, información y servicios relacionados con RADICAVA ORS[®] o RADICAVA[®] y para comunicarse conmigo acerca de la inscripción en un programa relevante de educación de pacientes; (iii) proporcionar educación de apoyo al acceso, que incluye cómo comunicarse con mis Proveedores de atención médica respecto de mi cobertura para RADICAVA ORS[®] o RADICAVA[®]; (iv) ayudar en los análisis relacionados con la calidad, eficacia y seguridad de RADICAVA ORS[®] o RADICAVA[®] y el acceso del paciente a RADICAVA ORS[®] o RADICAVA[®] y el cumplimiento del tratamiento al respecto; y (v) optimizar y mejorar los servicios de acceso a los productos. MTPA podrá usar mi Información médica protegida a fin de comunicarse conmigo para cualquiera de estos fines, ya sea por correo postal, correo electrónico y teléfono. Si deseo cancelar la suscripción para dejar de recibir comunicaciones futuras sobre los servicios de acceso a los productos, puedo llamar al programa de apoyo *JourneyMate Support Program*[™] al 1-844-772-4548 o seguir las instrucciones de cualquier comunicación que reciba. Entiendo que si decido cancelar la suscripción para dejar de recibir comunicaciones, ya no podré participar ni recibir asistencia del Programa de asistencia para gastos de bolsillo respecto de RADICAVA ORS[®] y RADICAVA[®].

• Suscripción para recibir mensajes de texto relacionados con comunicaciones de marketing e investigación de mercado

Marcar la casilla arriba de mi firma en la página 3 sirve como confirmación de que autorizo a MTPA a recibir, usar, y divulgar mi Información médica protegida para los siguientes fines: (i) enviarme información de marketing relacionada con mi afección, mi tratamiento o productos o servicios relacionados que puedan interesarme; (ii) comunicarse conmigo, de forma ocasional, para conocer mis comentarios con fines de investigación de mercado sobre mi tratamiento, mi afección o mi experiencia con RADICAVA ORS[®] o RADICAVA[®] y/o MTPA; y (iii) comunicarse conmigo acerca de otros productos y servicios ofrecidos por MTPA. MTPA puede comunicarse conmigo para estos fines por correo postal, correo electrónico y teléfono. Si marco la casilla en la página 3, MTPA podrá comunicarse conmigo para estos fines mediante mensajes de texto SMS. Las comunicaciones de marketing incluirán información sobre cómo puedo cancelar la suscripción para dejar de recibir comunicaciones en el futuro. Entiendo que mi recepción de los servicios de acceso a los productos no se verá afectada si decido no suscribirme o si posteriormente cancelo mi suscripción para dejar de recibir comunicaciones de marketing.

INFORMACIÓN GENERAL

Entiendo que es posible que se pague a las farmacias que envían mis medicamentos por compartir esta información con el programa de apoyo *JourneyMate Support Program*[™] para ayudar a proporcionar las ofertas que he solicitado. También entiendo que MTPA no usará ni divulgará mi Información médica protegida para ningún otro fin que no sea el descrito en este Formulario de autorización del paciente (el "Formulario") sin mi autorización, a menos que la ley lo permita o que se elimine la información que me identifica específicamente para que la información quede "anonimizada". Entiendo que MTPA hará todo lo posible para mantener la privacidad de mi información. Entiendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta Autorización puede ser divulgada, a su vez, por el destinatario y puede dejar de estar protegida por la legislación federal o estatal. Para obtener más información sobre cómo MTPA recopila, usa y divulga la información personal, puedo visitar mt-pharma-america.com/privacy-policy. Entiendo que no estoy obligado a firmar esta Autorización del paciente para RADICAVA ORS[®] y RADICAVA[®]. Entiendo, además, que mi decisión de firmar no tendrá ningún efecto sobre ningún tratamiento, pago o elegibilidad con mi Proveedor de atención médica o mi Aseguradora. Si no firmo la Autorización en la página 3 de este Formulario, o cancelo (revoco) mi Autorización más adelante, entiendo que esto significa que no podré participar o recibir asistencia del programa de apoyo *JourneyMate Support Program*[™]. Sin embargo, entiendo que puedo llamar al programa de apoyo *JourneyMate Support Program*[™] para solicitar asistencia en cualquier momento. También entiendo que puedo recibir un resumen de los beneficios de mi seguro médico, que me pueden enviar después de una investigación de beneficios, aunque no haya firmado esta Autorización del paciente. Esta Autorización permanecerá vigente durante 5 años a partir de la fecha de mi firma o hasta que ya no participe en los servicios del programa de apoyo *JourneyMate Support Program*[™], lo que suceda primero, a menos que se requiera un período más corto según las leyes del estado en el que resido. Una copia de esta Autorización tendrá la misma validez que el documento original. Puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento por escrito mediante el envío de una carta a *JourneyMate Support Program*[™], 680 Century Point, Lake Mary, FL 32746. También puedo cancelar mi Autorización informando a mis Proveedores de atención médica y Aseguradoras por escrito que no deseo que compartan ninguna información con MTPA. La cancelación de esta Autorización no afectará la capacidad de MTPA para usar y divulgar la Información médica protegida que haya recibido antes de recibir la cancelación de mi Autorización. Mi Autorización también finalizará si se interrumpe el programa de apoyo *JourneyMate Support Program*[™]. Además, entiendo que tengo derecho a ver o copiar la Información médica protegida que mis Proveedores de atención médica o Aseguradoras hayan entregado a MTPA.

Consulte la Información de prescripción adjunta, incluida la Información para el paciente sobre RADICAVA ORS[®] y RADICAVA[®], también disponible en radicava.com.

CONFIRMACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Mi firma a continuación sirve como confirmación de lo siguiente:

- Si soy elegible para participar en el Programa de asistencia al paciente (Patient Assistance Program, PAP) para RADICAVA ORS® o RADICAVA®, acepto notificar al programa de apoyo **JourneyMate Support Program™** si cambia mi situación en el seguro, y entiendo que al obtener el seguro médico ya no seré elegible para participar en el PAP y que los medicamentos que se me han proporcionado según el PAP ya no se me entregarán.
- Mi elegibilidad para recibir asistencia en el PAP se revisará cada 12 meses y puede cambiar si ya no cumplo con los requisitos de elegibilidad actuales del programa. Para ver los requisitos de elegibilidad, términos y condiciones del programa, puedo consultar el folleto del PAP.
- Además, reconozco y acepto que no solicitaré crédito ni presentaré de ningún modo ninguna reclamación de reembolso a ningún tercero pagador por los medicamentos RADICAVA ORS® o RADICAVA® proporcionados sin costo alguno por el PAP y que no intentaré disponer de medicamentos gratuitos ni de costos asociados que se hayan contabilizado respecto de los costos de bolsillo verdaderos (true out-of-pocket, TrOOP) según la Parte D de Medicare para los medicamentos de venta con receta.
- Entiendo y acepto que el PAP cubre solo el costo de RADICAVA ORS® o RADICAVA® y no el costo de cualquier servicio de infusión o visita a Profesionales de atención médica, que son mi responsabilidad exclusiva.
- Entiendo que el programa de apoyo **JourneyMate Support Program™** tiene derecho a verificar mi elegibilidad, incluido el derecho a auditar cualquier información proporcionada en la página 3 y a comunicarse conmigo para confirmar la recepción de medicamentos.
- Autorizo a Mitsubishi Tanabe Pharma America ("MTPA") en virtud de la Ley de Informe Justo de Crédito (Fair Credit Reporting Act) a utilizar mi información demográfica para acceder a informes sobre mis antecedentes de crédito individual por parte de agencias de informe de consumidores. Entiendo que, previa solicitud, el MTPA me comunicará si se solicitó un informe de un consumidor individual y el nombre y dirección de la agencia que lo proporcionó. Entiendo y autorizo además a MTPA a utilizar cualquier informe de consumidores sobre mí e información recopilada de mí, junto con otra información que obtengan de fuentes públicas y otras fuentes, para estimar mis ingresos junto con el proceso de determinación de la elegibilidad del PAP, si procede.
- Entiendo que el PAP puede ser revisado, modificado o finalizado en cualquier momento sin previo aviso.

Al firmar a continuación, certifico y reconozco que he leído, entendido y acepto el Acuse de recibo del Programa de asistencia al paciente mencionado anteriormente para participar en el Programa de asistencia al paciente.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA _____

Si el paciente no puede firmar arriba, el representante legal del paciente debe firmar abajo.

NOMBRE DEL PACIENTE (en letra de imprenta) _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (en letra de imprenta) _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

Al firmar en esta línea, certifico, bajo pena de juramento falso, que soy el representante legalmente autorizado con autoridad para firmar en nombre del paciente cuyo nombre aparece en el presente.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL _____ FECHA _____

NOMBRE DEL TESTIGO (opcional) (en letra de imprenta) _____

FIRMA DEL TESTIGO _____ ESCRIBANO

Consulte la Información de prescripción adjunta, incluida la Información para el paciente sobre RADICAVA ORS® y RADICAVA®, también disponible en radicava.com.



INFORMACIÓN DEL PACIENTE (OBLIGATORIA)

NOMBRE (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo) _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ FECHA DE NAC. (DD/MM/AAAA) _____ SEXO M F

TELÉFONO MÓVIL _____ TELÉFONO PARTICULAR _____

NÚMERO PARA LLAMAR DE PREFERENCIA Teléfono del hogar Teléfono móvil Se puede dejar mensaje de voz

IDIOMA DE PREFERENCIA (si no es inglés) _____

NOMBRE DEL CONTACTO ADICIONAL _____ RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

TELÉFONO MÓVIL _____ TELÉFONO PARTICULAR _____

NÚMERO PARA LLAMAR DE PREFERENCIA Teléfono del hogar Teléfono móvil Se puede dejar mensaje de voz

Acepto recibir actualizaciones e información sobre la ELA y las opciones de tratamiento de JourneyMate mediante mensajes de texto SMS. La frecuencia de los mensajes varía. Envíe un mensaje de texto con la palabra HELP al 85427 para obtener ayuda. Envíe un mensaje de texto con la palabra STOP al 85427 para finalizar. Pueden aplicarse cargos por mensajes y uso de datos. Lea los Términos y condiciones (radicava.com/mobile) y la Política de privacidad de los mensajes de texto (mt-pharma-america.com/privacy-policy).

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE (El paciente debe leer la Autorización del paciente y firmar a continuación).

Al firmar a continuación, certifico y reconozco que he leído, entiendo y acepto la Autorización del paciente incluida en la página 1, para participar en el programa de apoyo **JourneyMate Support Program™**. Al marcar la casilla y firmar a continuación, certifico y reconozco que he leído, entiendo y otorgo mi consentimiento para divulgar mi Información médica protegida a Mitsubishi Tanabe Pharma America (tal y como se define) para los fines descritos en la página 1.

Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para que mi Información médica protegida pueda ser usada y divulgada para los propósitos de comunicaciones de comercialización e investigación de mercado descritos en la página 1.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA _____

Si el paciente no puede firmar arriba, el Representante legal del paciente debe firmar abajo.

NOMBRE DEL PACIENTE (en letra de imprenta) _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL (en letra de imprenta) _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE _____

Al firmar en esta línea, certifico, bajo pena de juramento falso, que soy el representante legalmente autorizado con autoridad para firmar en nombre del paciente cuyo nombre aparece en el presente.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL _____ FECHA _____

NOMBRE DEL TESTIGO (opcional) (en letra de imprenta) _____

FIRMA DEL TESTIGO _____ ESCRIBANO

ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO POR FAX AL 1-888-782-6157.

Consulte la Información de prescripción adjunta, incluida la Información para el paciente sobre RADICAVA ORS® y RADICAVA®, también disponible en radicava.com.

RADICAVA, RADICAVA ORS, el logotipo de RADICAVA y el símbolo corporativo de Mitsubishi Tanabe Pharma America son marcas comerciales registradas,

y el logotipo de RADICAVA ORS es una marca comercial de Mitsubishi Tanabe Pharma Corporation.

JourneyMate Support Program es una marca comercial de Mitsubishi Tanabe Pharma America, Inc.

Solo para el público en los Estados Unidos.

Mitsubishi Tanabe Pharma America, Inc.

525 Washington Boulevard, Suite 400

Jersey City, NJ 07310

© 2023 Mitsubishi Tanabe Pharma America, Inc. Todos los derechos reservados. CP-OE-US-0434 01/23

