



Formulario de inscripción en el Programa de asistencia para gastos de bolsillo



Para inscribirse en el Programa de asistencia para gastos de bolsillo, complete este formulario y envíelo por correo postal al Especialista en Seguros y Acceso del JourneyMate Support Program™, 680 Century Point, Lake Mary, FL 32746 o por fax al 1-888-782-6157. Lea la Autorización del paciente en la página 3 y proporcione la firma del paciente en la parte inferior de esta página. El paciente debe conservar una copia de esta página y la página 3 de este formulario para sus registros. Si necesita asistencia o información adicional, llame al 1-844-772-4548, de lunes a viernes, de 8:00 A.M. a 8:00 P.M., hora del Este.

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE (OBLIGATORIA)

NOMBRE (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido, sufijo) _____ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO MÓVIL _____ TELÉFONO PARTICULAR _____

NÚMERO PREFERIDO PARA LLAMAR Teléfono móvil Teléfono particular Se puede dejar mensaje de voz PREFERENCIA DE IDIOMA (si no es inglés) _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE INFUSIONES (si corresponde) _____

TELÉFONO DEL PROVEEDOR _____ FAX DEL PROVEEDOR _____

RESPONDA LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD.

- ¿Tiene actualmente un seguro comercial con cobertura para medicamentos recetados para el medicamento RADICAVA ORS® o RADICAVA® IV y su seguro no cubre todo el costo de RADICAVA ORS® o RADICAVA® IV?
 Sí No
- ¿Confirma que NO está inscrito y NO solicitará el reembolso (en forma total o parcial) de un seguro de salud gubernamental (como Medicare, Medicaid, Departamento de Asuntos de los Veteranos [Veterans Affairs, VA], Departamento de Defensa [Department of Defense, DoD] u otros programas de asistencia federales o estatales)?
 Sí No
- ¿Confirma que no solicitará el reembolso ni la compensación de ninguno de estos programas, incluidos una Cuenta de gastos flexibles (Flexible Spending Account, FSA), una Cuenta de ahorros para gastos de salud (Health Savings Account, HSA) o una Cuenta de reembolso para gastos de salud (Health Reimbursement Account, HRA) u otros programas de asistencia federales o estatales?
 Sí No

Lea los Requisitos de elegibilidad y los términos y condiciones completos en la página 2.

2. INFORMACIÓN DEL SEGURO (OBLIGATORIA)

SEGURO DE FARMACIA _____ NOMBRE DEL TITULAR _____ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) _____

RELACIÓN CON EL TITULAR _____ TELÉFONO DEL SERVICIO DE AYUDA DE LA FARMACIA _____

N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO _____ N.º DE IDENTIFICACIÓN DE GRUPO _____ N.º DE PCN _____ N.º DE BIN DE LA RECETA _____

PARTE D DE MEDICARE Sí No SEGURO COMPLEMENTARIO Sí No ¿El paciente es un dependiente del asegurado (hijo <18 años; estudiante >18 años)? Marcar si la respuesta es "sí".

SEGURO MÉDICO _____ NOMBRE DEL GRUPO/PLAN _____

NOMBRE DEL TITULAR _____ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) _____ RELACIÓN CON EL TITULAR _____

N.º DE PÓLIZA _____ N.º DE GRUPO _____ TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS _____ ESTADO _____

SEGURO SECUNDARIO _____ NOMBRE DEL GRUPO/PLAN _____

NOMBRE DEL TITULAR _____ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) _____ RELACIÓN CON EL TITULAR _____

N.º DE PÓLIZA _____ N.º DE GRUPO _____ TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS _____ ESTADO _____

3. 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 3, para participar en el JourneyMate Support Program™ y el Programa de asistencia para gastos de bolsillo. Al marcar la casilla y firmar a continuación, certifico y reconozco que he leído, entiendo y doy 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 3.

Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para que mi Información médica protegida pueda ser usada y divulgada para los fines de comunicaciones de marketing e investigación de mercado descritos en la página 3.

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 protesta de decir verdad, 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

Requisitos de elegibilidad y términos y condiciones para el programa de asistencia para gastos de bolsillo

- Los pacientes que cumplan con todos los requisitos de elegibilidad y estén inscritos en el Programa de asistencia para gastos de bolsillo pueden pagar:
 - Tan solo \$0 por infusión [RADICAVA® (edaravona) IV] hasta un máximo de \$20,000 por paciente por año calendario; o
 - Tan solo \$0 por receta [RADICAVA ORS® (edaravona)] hasta un máximo de \$7,500 por paciente por año calendario.
- Esta oferta no puede combinarse con ningún otro descuento/cupón, prueba gratuita u oferta similar para la receta especificada.
- Debe ser ciudadano o residente permanente de EE. UU. o de sus territorios, y residir en un estado de EE. UU. o sus territorios donde no esté prohibida la asistencia para el copago. Oferta válida solo en EE. UU. y sus territorios.
- Debe tener entre 18 y 64 años y no estar inscrito en Medicare.
- No debe estar inscrito en un seguro de salud gubernamental (como Medicare, Medicaid, VA, DoD u otros programas de asistencia federales o estatales). Si pasa de un seguro comercial a un seguro de salud gubernamental, ya no será elegible.
- Este Programa de asistencia para gastos de bolsillo no es válido en los estados donde esté prohibido por ley, gravado o restringido de otro modo.
- Las personas que residen en Massachusetts, Minnesota, Michigan y Rhode Island son elegibles para recibir asistencia para gastos de bolsillo aplicables al costo del medicamento únicamente y no son elegibles para otros tipos de asistencia destinada a los gastos de administración del medicamento.
- Un proveedor de atención médica registrado en EE. UU. lo está tratando como paciente ambulatorio y un proveedor de atención médica registrado le ha recetado RADICAVA ORS® o RADICAVA® IV.
- Actualmente tiene un seguro de salud comercial privado con cobertura para medicamentos recetados para el medicamento RADICAVA ORS® o RADICAVA® IV y su seguro no cubre todo el costo de RADICAVA ORS® o RADICAVA® IV.
- No se aplica ningún requisito de ingresos.
- Debe volver a inscribirse todos los años para permanecer en el Programa de asistencia para gastos de bolsillo. Para volver a inscribirse, debe volver a verificar los beneficios de su seguro para confirmar que continúa cumpliendo con los requisitos de elegibilidad para participar en el Programa de asistencia para gastos de bolsillo.
- Usted es responsable de notificar la recepción de la asistencia para el copago a cualquier aseguradora, plan de salud u otro tercero que pague o reembolse cualquier parte del costo del medicamento o del tratamiento usando el Programa de asistencia para gastos de bolsillo, según sea necesario.
- No debe solicitar reembolsos ni compensación, en forma total o parcial, de un seguro de salud gubernamental (incluidos Medicare, Medicaid, VA, DoD u otros programas de asistencia federales o estatales), una Cuenta de gastos flexibles (FSA), una Cuenta de ahorros para la salud (HSA) o una Cuenta de reembolso de gastos de salud (HRA).
- En ningún caso informará ni contará el valor del producto proporcionado de conformidad con este Programa de asistencia para gastos de bolsillo como un verdadero gasto de bolsillo en virtud de un beneficio de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare.
- Las reclamaciones deben enviarse oportunamente. Para las reclamaciones del beneficio médico por la terapia de infusión con RADICAVA® IV, debe presentarse una EOB del seguro de salud comercial privado del paciente en el plazo de 365 días desde la fecha de la EOB para que el paciente pueda recibir el beneficio de asistencia por gastos de bolsillo. No se podrá enviar la EOB más de 90 días después de la fecha de caducidad del Programa de asistencia para gastos de bolsillo, y la fecha de servicio en la EOB debe ser anterior a la fecha de caducidad del Programa de asistencia para gastos de bolsillo. La EOB debe reflejar el gasto de bolsillo del paciente por el medicamento RADICAVA® IV y los servicios de infusión, y la presentación de la reclamación por parte del médico del paciente por el costo del medicamento y los servicios de infusión.
- Este Programa de asistencia para gastos de bolsillo no es un seguro de salud.
- Este Programa de asistencia para gastos de bolsillo permite la presentación de reclamaciones de beneficios tanto médicos como de farmacia.
- Esta oferta se limita a una (1) por persona durante este período de oferta y no es transferible.
- No se aplican cuotas de membresía.
- Esta oferta no está condicionada a ninguna compra pasada, presente o futura, incluidas las reposiciones.
- La oferta caduca el 31 de diciembre de 2022. Mitsubishi Tanabe Pharma America, Inc. tiene el derecho de modificar, alterar o cancelar el Programa de asistencia para gastos de bolsillo en cualquier momento sin previo aviso.

Consulte toda la Información de prescripción, incluida la Información para el paciente, disponible en radicava.com.



AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Mi firma en la página 1 sirve como confirmación de que he leído, entiendo y acepto la Autorización del paciente, para participar en el Programa de asistencia para gastos de bolsillo y el **JourneyMate Support Program™** y para divulgar mi Información médica protegida a Mitsubishi Tanabe Pharma America, Inc. (según se define a continuación), quien respalda el programa de acceso como se indica en esta Autorización del paciente. Certifico que he leído, entiendo y cumplo con todos los Requisitos de elegibilidad, así como los términos y condiciones que se describen en la página 2.

Mi firma en la página 1 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® (edaravona) o RADICAVA® (edaravona) IV y otros Proveedores de atención médica (en conjunto, "Proveedores de atención médica") y a cada una de mis aseguradoras de salud (en conjunto, "Aseguradoras") a usar y divulgar mi Información médica protegida, incluidos, entre otros, los registros médicos e historia clínica, la información relacionada con mi afección médica y tratamiento, mi cobertura de seguro de salud, 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 al producto

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 **JourneyMate Support Program™**, incluida la posible inscripción en el Programa de asistencia para gastos de bolsillo de RADICAVA ORS® y RADICAVA® IV si soy un paciente elegible, con un seguro comercial y con cobertura de seguro para RADICAVA ORS® o RADICAVA® IV, o en el Programa de asistencia para pacientes, si no tengo seguro y cumplo con los requisitos de elegibilidad; (ii) proporcionarme a mí y/o a la persona legalmente autorizada para firmar en mi nombre materiales educativos, información y servicios relacionados con RADICAVA ORS® o RADICAVA® IV y para ponerse en contacto conmigo acerca de la inscripción en un programa relevante de educación de pacientes; (iii) proporcionar educación de apoyo al acceso, incluido el contacto con mis Proveedores de atención médica con respecto a mi cobertura para RADICAVA ORS® o RADICAVA® IV; (iv) ayudar en los análisis relacionados con la calidad, eficacia y seguridad de RADICAVA ORS® o RADICAVA® IV y el acceso del paciente y el cumplimiento del tratamiento con RADICAVA ORS® o RADICAVA® IV; y (v) optimizar y mejorar los servicios de acceso al producto. MTPA puede usar mi Información médica protegida para ponerse en contacto conmigo para cualquiera de estos fines por correo postal, correo electrónico y teléfono. Si deseo cancelar la suscripción para dejar de recibir comunicaciones sobre los servicios de acceso al producto, puedo llamar al **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 para RADICAVA ORS® y RADICAVA® IV.

• Suscripción para recibir mensajes de texto relacionados con

Consulte toda la Información de prescripción, incluida la Información para el paciente, 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

© 2022 Mitsubishi Tanabe Pharma America, Inc. Todos los derechos reservados. CP-OE-US-0406 11/22

comunicaciones de marketing e investigación de mercado

Marcar la casilla arriba de mi firma en la página 1 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) ponerse en contacto conmigo, de forma ocasional, para obtener mis opiniones con fines de investigación de mercado sobre mi tratamiento, mi afección o mi experiencia con RADICAVA ORS® o RADICAVA® IV y/o MTPA; y (iii) ponerse en contacto conmigo acerca de otros productos y servicios ofrecidos por MTPA. MTPA puede ponerse en contacto conmigo para estos fines por correo postal, correo electrónico y teléfono. Si marco la casilla en la página 1, MTPA puede ponerse en contacto 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 al producto 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 mi medicamento por compartir esta información con el **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 inscripción en el Programa de asistencia para gastos de bolsillo (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® IV. Entiendo, además, que mi decisión de firmar no tendrá ningún efecto sobre cualquier tratamiento, pago o elegibilidad con mi Proveedor de atención médica o mi Aseguradora. Si no firmo la Autorización en la página 1 de este Formulario, o cancelo (revoco) mi Autorización más adelante, entiendo que esto significa que no podré participar o recibir asistencia del **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 mis beneficios de seguro de salud, 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 **JourneyMate Support Program™**, lo que suceda primero. Una copia de esta Autorización tendrá la misma validez que el documento original. Puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento por escrito enviando una carta al Especialista en Seguros y Acceso del **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 **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.



Mitsubishi Tanabe Pharma America