

Una Guía Instructiva para recetar HETLIOZ® (tasimelteon)

HETLIOZ® (tasimelteon) se indica para el tratamiento del trastorno de sueño-vigilia diferente de 24 horas (Non-24). Por favor consulte la información completa de la receta.

Completar el Formulario de Solicitud de Servicio y Receta

1 Información del Paciente

- Llene los espacios destinados a su Nombre, Apellido, Fecha de Nac., Dirección, Ciudad, Estado y Teléfono de Preferencia

2 Información del Seguro

- Para asegurar que la receta sea despachada, indique si el paciente tiene seguro
- Si el paciente tiene seguro, se debe llenar los espacios para el seguro médico primario y los números de identificación
- Se recomienda que incluya copias de ambos lados de la(s) tarjeta(s) de la farmacia y del seguro del paciente

3 Firma del Paciente

- Autorización de Servicios al Paciente: Si un paciente desea inscribirse en HETLIOZ Solutions™, debe firmar esta sección
—Antes de que los pacientes elijan o rechacen la inscripción, deben leer la sección A en la página 2, o un HCP o un miembro del personal del HCP debe leer esta sección en voz alta a los pacientes
—Tenga en cuenta que no se requiere al paciente inscribirse en HETLIOZ Solutions™ para recibir su receta, pero el paciente debe inscribirse para cualificar para asistencia financiera y otros programas
- Autorización de Mercadeo al Paciente: Si un paciente desea recibir materiales de mercadeo para HETLIOZ®, debe firmar esta sección
—Antes de que un paciente firme esta sección, debe leer la sección B en la página 2, o un HCP o un miembro del personal de HCP debe leer esta sección en voz alta al paciente
—Tenga en cuenta que elegir o rechazar recibir estos materiales no afecta que un paciente cualifique para recibir HETLIOZ® o para inscribirse en HETLIOZ Solutions™

4 Información del Prescriptor

- Llene los espacios destinados al Nombre del Prescriptor, Número de Teléfono, Número de Fax, Dirección, Ciudad, Estado y Número de ID del Prescriptor

5 Información de la receta y firma del Prescriptor

- Indique la dosis, cápsulas, resurtidos de recetas y cualquier alergia conocida del paciente al farmacéutico que despacha la receta de un paciente
—Tenga en cuenta que el uso diario durante varias semanas o meses puede ser necesario antes de notar el beneficio de HETLIOZ®

6 Indique el(los) código(s) de diagnóstico

- Para que HETLIOZ Solutions™ y la farmacia de productos especiales puedan despachar debidamente la receta, el(los) Código(s) de Diagnóstico, Dosificación, Firma del Prescriptor y Fecha de la Firma del Prescriptor deben estar correctamente llenos
- Es posible que muchos de los servicios que brinda HETLIOZ Solutions™ solo sean disponibles para **pacientes con Non-24**

Envíe por fax el formulario debidamente lleno a HETLIOZ Solutions™ al 1-844-364-2424

- Recibirá un recibo de confirmación del fax de parte de HETLIOZ Solutions™
- En caso que alguna información falte o esté incompleta, HETLIOZ Solutions™ le enviará por fax un Formulario de Información que Falta

HETLIOZ Solutions™ conecta a un coordinador de atención con un paciente y HCP para asegurar una experiencia libre de obstáculos desde la receta hasta la administración

- HETLIOZ Solutions™ comienza el proceso con una llamada inicial al paciente que ocurre dentro de 24 horas de la recepción del Formulario de Solicitud de Servicio y Receta del paciente a HETLIOZ Solutions™ que incluye confirmar la información de la entrega de la receta y contacto del paciente
- HETLIOZ® será distribuido únicamente a través de farmacias de productos especiales

Para obtener más información acerca de HETLIOZ® y el programa HETLIOZ Solutions™, llame a 1-844-HETLIOZ (1-844-438-5469) o visite HETLIOZPRO.com



1 Información del Paciente

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____ Sexo: M F

Correo electrónico: _____ Últimos 4 dígitos del Núm. de Seg. Soc.: _____ Fecha de Nac.: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Teléfono de preferencia: _____ Se puede dejar mensaje Teléfono alternativo: _____ Se puede dejar mensaje

Ciego: Sí No Forma en que prefiere recibir información (escoja una): Braille Audio Impresa

2 Información del Seguro

Tiene el paciente seguro: Sí No (Si responde Sí, escoja): Plan Medicare Plan Medicaid Otro _____

Aseguradora de Medicamentos Recetados: _____ # Bin: _____ # ID: _____

Grupo: _____ Teléfono: _____

Seguro Médico Primario: _____ Nombre del tarjetahabiente: _____

Relación con el tarjetahabiente: Yo mismo(a) Cónyuge Hijo(a) Otro # ID: _____ # Grupo: _____ Teléfono: _____

Seguro Médico Primario: _____ Nombre del tarjetahabiente: _____

Relación con el tarjetahabiente: Yo mismo(a) Cónyuge Hijo(a) Otro # ID: _____ # Grupo: _____ Teléfono: _____

3 Firma del Paciente

<p>Autorización de Servicios al Paciente</p> <p>He leído y estoy de acuerdo con los Servicios al Paciente: Autorización Sección A en la Página 2 (Se requiere firma y fecha).</p> <p>FIRME AQUÍ > _____</p> <p style="text-align: center;"><i>Firma del Paciente</i> <i>Fecha</i></p>	<p>Autorización de Mercadeo al Paciente</p> <p>He leído y estoy de acuerdo con el Mercadeo al Paciente Autorización Sección B en la Página 2 (Se requiere firma y fecha).</p> <p>FIRME AQUÍ > _____</p> <p style="text-align: center;"><i>Firma del Paciente</i> <i>Fecha</i></p>
--	--

4 Información del Prescriptor

Nombre del Prescriptor: _____ Especialidad: _____

Nombre de contacto en la oficina: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

ID de Impuestos del Proveedor: _____ # Licencia Estatal: _____ # NPI del Prescriptor: _____

5 Información de la Receta

Rx: HETLIOZ® (tasimelteon) cápsulas de 20 mg Sig: 1 cápsula vía oral c/24 h (1 hora antes de acostarse, a la misma hora todas las noches, tomar sin alimentos).

Dosificación: 30 cápsulas (suministro para 30 días), 2 resurtidos
 90 cápsulas (suministro para 90 días), 3 resurtidos
 Alergias conocidas _____

Certifico que este tratamiento es médicamente necesario y esta información es exacta a mi leal saber y entender. Certifico que soy un médico que ha recetado HETLIOZ® al paciente previamente identificado. A nombre de mi paciente, yo autorizo a Vanda Pharmaceuticals Inc. ("Vanda"), incluyendo el programa HETLIOZ Solutions™ de Vanda operado por RxC Acquisition Company d/b/a RxCrossroads, y/o RxCrossroads, y/o cualquier otra entidad que opere posteriormente el programa de HETLIOZ Solutions™ a nombre de Vanda (colectivamente "las entidades") a actuar a nombre mío, una entidad cubierta, como mi asociado de negocio (como dicho término se define en 45 CFR 160.103) para [1] reenviar esta información a la aseguradora identificada anteriormente, [2] reenviar la información de la receta arriba indicada a una farmacia de productos especiales con el fin de despachar cápsulas de HETLIOZ® al paciente, y [3] utilizar de cualquier otra forma esta información con el propósito de brindar los servicios de HETLIOZ Solutions™ a mi paciente, como ponerse en contacto con el paciente directamente para obtener la firma del paciente en los formularios de autorización necesarios u otros documentos. Al firmar este formulario, confirmo que he leído el Acuerdo de Asociado de Negocio (Business Associate Agreement, "BAA") en www.hetliozpro.com/BAA-policy. Estoy de acuerdo con cumplir los términos del BAA y entiendo que las Entidades también concuerdan en cumplir con los términos del BAA.

6 Indique el(los) código(s) de diagnóstico:

Primario (requerido):
 G47.24 CRSD, tipo de efecto continuo (Non-24) Otro _____

Información de apoyo adicional:
 H54.0 Ceguera, ambos ojos Otro _____

FIRME AQUÍ > _____
Firma del Prescriptor (dispensar según escrito) *Fecha*

FIRME AQUÍ > _____
Firma del Prescriptor (no sustituir) *Fecha*

No se aceptan sellos de estampar la firma. En Nueva York, incluya copia de todas las recetas utilizando los Formularios Oficiales de Prescripción del Estado de Nueva York. Válido solamente si se recibe por fax.

A. Autorización de Servicios al Paciente

Al firmar esta autorización, autorizo a mis planes de salud, médicos y personal, otros proveedores de atención médica y proveedores de farmacia (colectivamente, mis "Proveedores") a divulgar información de salud personal acerca de mí, incluyendo información relacionada con mi condición médica, tratamiento, manejo de atención y cobertura de seguro médico y las reclamaciones, cualquier receta (incluyendo información de surtidos y resurtidos), así como información proporcionada en este formulario (colectivamente, "Información de Salud Personal"), a Vanda Pharmaceuticals Inc. ("Vanda") y sus representantes, agentes y contratistas, incluyendo al programa HETLIOZSolutions™ de Vanda operado por RxC Acquisition Company d/b/a RxCrossroads ("RxCrossroads") a nombre de Vanda (colectivamente "las Entidades") a los efectos de (1) establecer mi elegibilidad para beneficios; (2) inscribirme en un programa de asistencia financiera, como un programa de mitigación de copago y/o el programa de asistencia al paciente de Vanda o un programa de asistencia al paciente que no sea de Vanda (si uno o más de estos programas se aplican a mi tratamiento con HETLIOZ®); (3) comunicarse con mis proveedores sobre mi tratamiento con HETLIOZ®, quienes pueden comunicarse conmigo directamente para facilitar el despacho del medicamento y la programación de envíos de pedidos y recordatorios de resurtidos; (4) proveer servicios de cumplimiento y asistencia del producto; (5) evaluar la efectividad del programa de HETLIOZSolutions™ de Vanda; y (6) proporcionar otros servicios asistencia, apoyo y educación en línea (conjuntamente, los "Servicios"). Además, autorizo a cualquiera de las Entidades a comunicarse conmigo por correo regular, teléfono o correo electrónico para obtener cualquier información no incluida en esta autorización.

Entiendo que mi(s) proveedor(es) de farmacia(s) divulgará(n) a Vanda y/o a sus representantes, agentes y contratistas cierta Información de Salud Personal con respecto al despacho de mi receta de HETLIOZ® y dicha divulgación dará lugar a remuneración a mi(s) proveedor(es) farmacia(s). Entiendo que una vez mi Información de Salud Personal haya sido divulgada a las Entidades con esta autorización, dejará de estar protegida por las leyes federales de privacidad y es posible que sea divulgada de forma adicional por las Entidades. No obstante, entiendo que Vanda está de acuerdo con proteger mi Información de Salud Protegida y solamente utilizar y divulgarla con los propósitos arriba descritos, o según yo lo autorice más adelante por escrito, o según sea permitido o requerido por la ley. También entiendo que RxCrossroads, que opera el programa HETLIOZSolutions™ para Vanda y mis proveedores, como mi médico y farmacias pueden recibir compensación de Vanda por proporcionar tales servicios o materiales de información educativos o relacionados con el producto. Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización. Entiendo, sin embargo, que si no firmo esta autorización, no podré recibir asistencia a través del programa HETLIOZSolutions™. Entiendo asimismo que mi tratamiento con HETLIOZ®, el pago por tratamiento, la inscripción del seguro o la elegibilidad para beneficios del seguro no están condicionados a mi acuerdo con firmar esta autorización. Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización. Entiendo que puedo cambiar de opinión y cancelar esta autorización en cualquier momento escribiendo una carta solicitando dicha cancelación a Vanda Pharmaceuticals, 2200 Pennsylvania Ave NW Suite 300 E, Washington, D.C. 20037, pero que esta cancelación terminará mi participación en el programa de HETLIOZSolutions™ y no se aplicará a cualquier información ya usada o divulgada a través de esta autorización antes de que la notificación de la cancelación fuera recibida por mis planes de salud o los Proveedores. Esta autorización vence diez (10) años después de la fecha de la firma a continuación, o antes, si así lo requiere la ley estatal.

B. Autorización de Mercadeo al Paciente

Además autorizo a Vanda y las Entidades a proporcionarme información sobre educación, entrenamiento y apoyo prolongado en el uso de HETLIOZ®, y que puedan ser de interés para mí. Autorizo la divulgación de información en este formulario de inscripción a Vanda y las Entidades para que se comuniquen conmigo con información sobre ofertas, servicios y programas, materiales educativos o promocionales y materiales del producto en el uso de HETLIOZ®, para que se comuniquen conmigo ocasionalmente para obtener retroalimentación (para propósitos de investigación de mercado) sobre Vanda, HETLIOZ® o el programa HETLIOZSolutions™, y a operar (y mejorar la calidad de) el programa de HETLIOZSolutions™. Entiendo que, con el fin de proporcionarme la información descrita anteriormente, Vanda y las Entidades pueden usar mi información en esta autorización para comunicarse conmigo por correo regular, teléfono o correo electrónico. Si cambio de idea en el futuro y no deseo recibir información relacionada con HETLIOZ® o cualquiera de los productos o servicios relacionados ni que se comuniquen conmigo de vez en cuando para fines de investigación de mercado, entiendo que puedo llamar en cualquier momento a la línea sin cargos de HETLIOZSolutions™, 1-844-438-5469 para cancelar esta autorización.