

Biogen REACH es un recurso centralizado para que los pacientes y proveedores de atención médica reciban información sobre los requisitos de seguro y las opciones de asequibilidad para SKYCLARYS.

**EL FORMULARIO COMPLETADO Y FIRMADO DEBE SER PRESENTADO
POR UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA A TRAVÉS DE**

Fax: 1-844-806-1718

O

Correo electrónico: StartForm@biogen.com

Instrucciones para profesionales de atención médica

Complete todas las secciones de la página 3, que incluyen:

- Información del paciente
- Información del seguro
- Información del médico prescriptor
- Diagnóstico
- Información de la receta

Un Formulario de inicio completo proporciona el consentimiento del paciente requerido para permitir que Biogen REACH analice la información de atención de la salud relevante y las opciones de asequibilidad para SKYCLARYS con el proveedor de atención médica del paciente, su aseguradora y Biologics, la farmacia de especialidad exclusiva para SKYCLARYS.

Para ser elegible para todos los servicios Biogen REACH, su paciente o su cuidador/representante autorizado deben completar y firmar la sección de consentimiento del paciente en la página 2. Su paciente no está obligado a inscribirse en Biogen REACH antes de recetarle SKYCLARYS. Sin embargo, se requiere su consentimiento firmado para acceder a todos los servicios de apoyo del programa.

Si el paciente no se encuentra en el consultorio mientras usted completa el Formulario de inicio, puede enviar el formulario sin la firma del paciente. El programa Biogen REACH se comunicará con el paciente para obtener el consentimiento a través de DocuSign o por correo.

¿TIENE PREGUNTAS?

Visite www.SKYCLARYS.com o llame al 1-844-98-REACH (1-844-987-3224).

Los navegadores de atención de Biogen REACH están disponibles
de 8:30 a. m. a 8 p. m., hora del este,
de lunes a viernes (excepto los días festivos).

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

Certifico que (i) receto SKYCLARYS® para el paciente identificado anteriormente y que el medicamento es médicamente necesario; (ii) le he proporcionado al paciente una descripción del programa Biogen REACH ("Programa") y que el paciente ha elegido participar; y (iii) la información proporcionada en el presente documento es precisa a mi leal saber y entender. Autorizo a Biologics Specialty Pharmacy como mi agente designado y en nombre de mi paciente a reenviar la declaración de necesidad médica anterior y proporcionar cualquier información de este formulario a la aseguradora del paciente antes mencionado. Entiendo que (i) la participación en el Programa no es una garantía de cobertura o reembolso de seguro; y (ii) el Programa se reserva el derecho, en cualquier momento y sin previo aviso, de rescindir, revocar o modificar el Programa.

**No se permiten sellos de firma. Adjunte todas las recetas en el Formulario de recetas oficiales del estado si así lo exigen las leyes estatales individuales.

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE: LEER, FIRMAR Y FECHAR

Nombre completo del paciente (en letra de imprenta): _____

Nombre completo del cuidador/representante autorizado (en letra de imprenta): _____

Relación con el paciente: _____

I. Autorización para compartir información de salud

Entiendo que tengo ciertos derechos relacionados con la recopilación, uso y divulgación de mi información médica y de salud o la de mi hijo. Esta información se denomina "información médica protegida" (protected health information, PHI) e incluye características demográficas (como sexo, raza, fecha de nacimiento, etc.), los resultados de exámenes físicos, análisis clínicos, análisis de sangre, radiografías y otros procedimientos médicos de diagnóstico que puedan incluirse en mis registros médicos o en los de mi hijo. Biogen no utilizará mi PHI o la de mi hijo sin mi consentimiento.

Al firmar esta Autorización, autorizo a mi proveedor de atención médica o al de mi hijo, a mi compañía de seguro médico o la de mi hijo y a mis proveedores farmacéuticos o a los de mi hijo ("Entidades de atención de la salud") para que divulguen a Biogen y a las compañías que trabajan con Biogen (en conjunto, "Biogen"), información de salud relacionada con mi afección médica o la de mi hijo, tratamiento y cobertura de seguro para que Biogen (i) me brinde servicios de apoyo o se los brinde a mi hijo (e información y materiales relacionados) en relación con cualquiera de los fármacos de Biogen, incluidos, entre otros, apoyo en línea, servicios de asistencia financiera, cumplimiento y persistencia y otros servicios de apoyo terapéutico; (ii) realice análisis de datos, investigación de mercado y otras actividades comerciales internas necesarias; y (iii) me proporcione información o se la proporcione a mi hijo sobre los productos, servicios y programas de Biogen con fines educativos o de otro tipo. Entiendo que una vez que firme esta Autorización, y mi información médica y de salud o la de mi hijo sea divulgada a Biogen por parte de las Entidades de atención de la salud, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) ya no protegerá mi información porque Biogen no está cubierta por la ley HIPAA. Sin embargo, Biogen acepta proteger mi información de salud o la de mi hijo usándola y divulgándola solo para los fines autorizados en esta Autorización o según lo exijan las leyes o reglamentaciones. Entiendo que mi proveedor de farmacia o el de mi hijo puede recibir remuneración de Biogen a cambio de la información de salud y/o por cualquier servicio de apoyo terapéutico que se me haya brindado a mí o a mi hijo.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización. También comprendo que mi tratamiento o el tratamiento de mi hijo (incluido un fármaco de Biogen), el pago por el tratamiento, la inscripción en el seguro o la elegibilidad para los beneficios del seguro no están condicionados por mi aceptación para firmar esta Autorización; no obstante, si no lo firmo o lo cancelo posteriormente, no podremos recibir los servicios de apoyo terapéutico de Biogen.

Puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento enviando una carta a: [BIOGEN, ATTN: Patient Services, 5000 Davis Drive, Research Triangle Park, NC, 27709] o enviando un correo electrónico a privacy@biogen.com. La cancelación de esta Autorización dará por finalizado mi consentimiento para la divulgación adicional de mi información de salud o la de mi hijo a Biogen por parte de mis Entidades de la atención de la salud después de que se les notifique mi cancelación pero no afectará las divulgaciones previas por parte de ellas de conformidad con esta Autorización. La cancelación de esta Autorización no afectará mi capacidad ni la de mi hijo para recibir tratamiento, pago por tratamiento o mi elegibilidad o la de mi hijo para el seguro de salud.

Esta Autorización caduca a los diez (10) años, o en el plazo más breve exigido por la legislación aplicable, a partir del día en que la firmo, tal y como indica la fecha que aparece junto a mi firma, a menos que se cancele antes según lo establecido anteriormente.

He leído y entiendo la Autorización para compartir información de salud y estoy de acuerdo con los términos.

Firma del paciente o del representante del paciente (si es menor de 18 años): _____

Fecha: _____

Si firma el representante del paciente, explique la autoridad para actuar en nombre del paciente

II. Autorización de servicios al paciente

Al firmar esta autorización, autorizo a Biogen, y a las empresas que trabajan con Biogen, a proporcionarme a mí o a mi hijo servicios de apoyo relacionados con cualquiera de los productos de Biogen, incluidos, entre otros: apoyo en línea, servicios de asistencia financiera, cumplimiento y persistencia y otros servicios de apoyo terapéutico, así como cualquier información o material relacionado con dichos servicios. Comprendo y acepto que el personal, incluido, entre otros, el personal de enfermería, que presta dichos servicios de apoyo en nombre de Biogen no está contratado por mi proveedor de atención médica ni por el de mi hijo. Autorizo a Biogen, y a las empresas que trabajan con Biogen, a ponerse en contacto conmigo para proporcionarme dichos servicios e información por correo, correo electrónico, fax, llamada telefónica, mensaje de texto (incluidas las llamadas y los mensajes de texto realizados con un sistema de marcación telefónica automática o una voz pregrabada), chat, notificaciones push y otras formas de mensajería electrónica.

También autorizo a Biogen, y a las empresas que trabajan con Biogen, a utilizar y divulgar mi información de salud y médica o la de mi hijo en relación con la prestación de los servicios, lo que incluye, entre otras cosas, divulgar mi información o la de mi hijo a vendedores, procesadores y proveedores de servicios con fines comerciales asociados a la prestación de los servicios, compartir dicha información con mi proveedor de atención médica, proveedor de seguros o farmacia, o divulgar mi información o la de mi hijo cuando así lo exijan las leyes o normativas aplicables.

Además, autorizo a Biogen a usar mi información personal para acceder a mi perfil crediticio, que incluye, entre otras cosas, la información de una agencia de informes de consumidores (departamento crediticio) y la información derivada de fuentes públicas y otras fuentes para estimar mis ingresos como parte de la determinación de elegibilidad para asistencia financiera.

También autorizo la divulgación de mi información de salud o la de mi hijo a personas específicas que he designado.

He leído y entiendo la Autorización de servicios al paciente y estoy de acuerdo con los términos.

Firma del paciente o del representante del paciente (si es menor de 18 años): _____

Fecha: _____

III. Autorización de comercialización

Al firmar esta autorización, autorizo a Biogen, y a las empresas que trabajan con Biogen, a ponerse en contacto conmigo por teléfono móvil o medios digitales en línea, correo postal, correo electrónico, fax, llamada telefónica y mensaje de texto (incluidos mensajes y llamadas pregrabados o de marcación automática) con fines de comercialización o a proporcionarme de otro modo información sobre los fármacos, servicios y programas de Biogen u otros asuntos de interés, realizar investigación de mercado o preguntarme de otro modo sobre mi experiencia con dichos temas o mis opiniones o las de mi hijo al respecto. Entiendo y acepto que cualquier información que proporcione podrá ser utilizada por Biogen con fines de comercialización, lo que incluye comercialización en línea personalizada, así como también para desarrollar nuevos fármacos, servicios y programas. Entiendo que Biogen no venderá ni transferirá mis datos personales ni los de mi hijo a ningún tercero no relacionado con fines de comercialización sin mi permiso expreso. Entiendo que mi consentimiento no es necesario como condición para comprar o recibir bienes o servicios de Biogen. Entiendo que puedo revocar esta Autorización y elegir no recibir información de Biogen utilizando el enlace proporcionado en los correos electrónicos que recibo de Biogen, enviando un correo electrónico con el asunto "Cancelar la suscripción" a privacy@biogen.com, o enviando una carta a BIOGEN, 5000 Davis Drive, Research Triangle Park, NC 27709. Para obtener más información, visite biogen.com/privacy.

He leído y entiendo la Autorización de comercialización y estoy de acuerdo con los términos.

Firma del paciente o del representante del paciente (si es menor de 18 años): _____

Fecha: _____

Los residentes de determinados estados de los EE. UU. (entre ellos, California) pueden tener derechos adicionales en relación con la recopilación, el uso, el mantenimiento, la divulgación y la supresión de su información personal. Para conocer o ejercer esos derechos, los residentes de California pueden visitar <https://www.biogen.com/privacy-center/california-policy.html>. Para obtener más información, visite <https://www.biogen.com/privacy-center.html>.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de los términos y condiciones de mi acuerdo con Biogen, y que puedo solicitar dicha copia en el momento de la firma o en una fecha posterior poniéndome en contacto con Biogen en: BIOGEN, ATTN: Patient Services, 5000 Davis Drive, Research Triangle Park, NC, 27709 o enviar un correo electrónico a privacy@biogen.com.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

*Indica un campo obligatorio

*Nombre del paciente: _____ *Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

*Dirección del paciente: _____ *Apto./Suite: _____

*Ciudad: _____ *Estado: _____ *Código postal: _____ *Género: _____ *Fecha de nacimiento: _____

*Teléfono principal del paciente (celular): _____ Correo de voz permitido: Sí No

Teléfono secundario (celular): _____ Marque S/N: Autorizo a Biogen REACH a dejar la información sobre mi receta y cobertura de seguro en los números de correo de voz proporcionados

Correo electrónico del paciente: _____ Mi idioma de preferencia: _____

Cuidador/representante autorizado (complete esta sección SOLO si alguien que no sea el paciente interactuará con Biogen REACH en los servicios del programa)

Autorizo la divulgación de mi información de salud a las personas designadas a continuación (opcional)

Nombre completo del cuidador/representante autorizado: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono principal del cuidador/representante autorizado: _____ Correo electrónico del cuidador/representante autorizado: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Incluya una copia del anverso y el reverso de las tarjetas de seguro médico y de beneficio farmacéutico del paciente, una copia de la información del seguro de EMR o complete la información a continuación.

Nombre del seguro principal: _____ Sin seguro Medicare Parte D

Identificación del miembro: _____ N.º de grupo: _____

Apellido del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____

Nombre del seguro de beneficio farmacéutico: _____ N.º de teléfono: _____

Identificación del miembro: _____ BIN de la receta: _____ PCN de la receta: _____ Grupo de la receta: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

*Nombre del médico prescriptor: _____ *Especialidad: _____

*Nombre de la práctica: _____

*Dirección: _____ *Apto./Suite: _____ *N.º de teléfono del consultorio: _____

*Ciudad: _____ *Estado: _____ *Código postal: _____ N.º de fax del consultorio: _____

*N.º de NPI: _____ *N.º de licencia estatal: _____

Contacto del consultorio: _____ N.º de teléfono de contacto del consultorio: _____ Correo electrónico de contacto del consultorio: _____

DIAGNÓSTICO

Código ICD-10: G11.11 Ataxia de Friedreich Otro (enumerar ICD-10): _____

INFORMACIÓN DE LA RECETA DE SKYCLARYS®

SKYCLARYS® (omaveloxolone) cápsulas de 50 mg x suministro para 30 días (90 cápsulas) Otro (especifique):

*Reposiciones autorizadas: 11 Otro (especifique):

Instrucciones de uso: Tome 3 cápsulas (50 mg) por vía oral una vez al día Otro (especifique):

Nombre completo del médico prescriptor:

X Firma del médico prescriptor:

Fecha:

Al proporcionar mi firma, acepto el texto Autorización del médico prescriptor en la parte superior de la página 2.