

# EKTERLY<sup>®</sup> Formulario de inicio del paciente

## Programa de apoyo al paciente KalVista Cares<sup>™</sup>

Ofrecemos apoyo personalizado con el que usted y sus pacientes pueden contar.



### Investigación de beneficios

Nuestros Gerentes de atención\* evalúan la cobertura del seguro de sus pacientes y la elegibilidad para varios servicios.



### Autorización previa

Ayudamos con las solicitudes de autorización previa, las reautorizaciones y las apelaciones para ayudar a garantizar la cobertura.



### Opciones de asistencia financiera

Si sus pacientes son elegibles, nuestros Gerentes de atención ayudan a inscribirlos en el Programa de asistencia con copagos de KalVista Cares\*\*.



### Recursos y conexiones comunitarias

KalVista Cares conecta a los pacientes y sus cuidadores con recursos importantes y una comunidad de apoyo, lo cual los empodera durante toda su experiencia de atención de la salud.



### Coordinación y priorización de farmacias especializadas

Trabajamos con la farmacia y el seguro de sus pacientes para ayudar a garantizar un acceso sin problemas para el tratamiento de sus pacientes.

## ¿Tiene preguntas sobre el Programa de apoyo al paciente de KalVista Cares?

Nuestro equipo está disponible de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este 844-432-3322

## Formas de inscribir a su paciente

Hay dos formas simples de inscribir a su paciente en el Programa de apoyo al paciente de KalVista Cares.



### Opción 1: En línea

Inscríbese en línea en [www.kalvistacaresenroll.com](http://www.kalvistacaresenroll.com) o escanee el código:



### Opción 2: Fax

Envíe por fax el Formulario de inicio completado al 844-432-9525.

\*Los Gerentes de atención sirven como punto de contacto central para los pacientes (y sus cuidadores) durante todo el tiempo que estén en tratamiento. Completan todas las verificaciones de beneficios y ayudan con las necesidades financieras.

\*\*NOTA IMPORTANTE: Este programa de asistencia con copagos está destinado únicamente a pacientes elegibles con seguro comercial (privado). Los pacientes con seguro financiado por el gobierno, como Medicare, Medicaid, TRICARE o cualquier programa de seguro médico estatal o federal, no son elegibles para participar. La participación en el programa está sujeta a requisitos de elegibilidad y límites establecidos por el programa. El programa puede cubrir una parte o todos los costos de bolsillo del paciente, hasta una cantidad máxima determinada por el programa. Los términos y condiciones pueden cambiar ocasionalmente, o el programa puede interrumpirse en cualquier momento sin previo aviso. Para conocer los términos y condiciones actuales, visite <https://www.kalvista.com/terms-conditions/>. Al participar, los pacientes aceptan cumplir con todos los términos y condiciones.

\* Indica el campo obligatorio.

### 1. Información del paciente

\* Nombre legal (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

\* Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)

\* Sexo

 Masculino  Femenino

\* Dirección

\* Teléfono preferido

Teléfono móvil

Teléfono fijo

Teléfono del trabajo

\* Ciudad

\* Estado

\* Código postal

Correo electrónico

\* Idioma preferido

\* Método de contacto preferido por el paciente

 Teléfono  Mensaje de texto  Correo electrónico

Nombre del representante/cuidador del paciente (y relación con el paciente)

Número de teléfono preferido del representante/cuidador del paciente

Teléfono móvil

Teléfono fijo

Teléfono del trabajo

### 2. Información del seguro Si está disponible, adjunte copias del anverso y el reverso de la(s) tarjeta(s) del seguro.

Sin seguro

\* Aseguradora principal

\* Identificación de la póliza

\* Número de grupo

\* BIN de la receta

\* PCN de la receta

\* Teléfono

\* Nombre del beneficiario (y relación con el paciente)

Aseguradora secundaria

Nombre del beneficiario (y relación con el paciente)

Identificación de la póliza

Número de grupo

BIN de la receta

PCN de la receta

Teléfono

### 3. Información del emisor de la receta

\* Nombre del emisor de la receta (nombre y apellido)

Nombre del consultorio

\* Dirección

Teléfono del consultorio

\* Ciudad

\* Estado

\* Código postal

Licencia estatal

\* Identificación fiscal

\* NPI

\* Nombre de contacto del consultorio

\* Número de teléfono de contacto del consultorio

\* Número de fax del consultorio

Correo electrónico de contacto del consultorio

### 4. Receta

\* Código de diagnóstico del paciente ICD-10-D84.1  Otro

\* Receta: comprimidos [EKTERLY] de 300 mg.  
600 mg - (2) comprimidos de 300 mg tomados por vía oral ante el primer reconocimiento de un ataque de AEH, con o sin alimentos.  
De ser necesario, pueden tomarse dosis adicionales hasta 1200 mg por día.

\* Cantidad de blísteres de 4 unidades

\* Cantidad de reposiciones

\* Terapia profiláctica actual

\* Terapia aguda previa

### Opción de inicio rápido

En el caso de una demora en la autorización de cobertura, el módulo de inicio rápido puede estar disponible para pacientes elegibles que hayan recibido una receta reciente. Las recetas del módulo de inicio rápido SOLO se repondrán en la farmacia no comercial designada.

\* Receta: comprimidos [EKTERLY] de 300 mg.  
600 mg - (2) comprimidos de 300 mg tomados por vía oral ante el primer reconocimiento de un ataque de AEH, con o sin alimentos.  
De ser necesario, pueden tomarse dosis adicionales hasta 1200 mg por día.

\* Cantidad de blísteres de 4 unidades

\* Cantidad de reposiciones

FIRME  
AQUÍ

\* Entrega según lo indicado por escrito, con firma del Médico que prescribe (sin sellos)

\* Fecha (DD/MM/AAAA)

FIRME  
AQUÍ

\* Sustitución permitida, con firma del Médico que prescribe (sin sellos)

\* Fecha (DD/MM/AAAA)

## 5. Autorización del paciente para compartir información de salud personal e inscripción en KalVista Cares™

\* Nombre legal (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

\* Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)



Autorizo a cualquier plan de salud, médico, profesional de la salud, hospital, clínica, proveedor de farmacia u otro proveedor de atención médica (en conjunto, "Proveedores") a divulgar mi información médica protegida (como se define dicho término en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) y las reglamentaciones en virtud de esta, así como cualquier otra ley o reglamentación federal o estatal aplicable relacionada con la información personal), incluida mi información de contacto, información personal relacionada con mi afección médica, tratamiento, manejo de la atención, y seguro médico, así como toda la información proporcionada en este formulario y en cualquier receta ("información"), a KalVista Pharmaceutical Company Limited, sus filiales y representantes, agentes, y contratistas (en conjunto, la "Compañía" o "KalVista") y cualquier tercero contratado para asistir a KalVista en relación con la provisión de productos, suministros, o servicios por parte de la Compañía. Entiendo que la Compañía utilizará o proporcionará esta información para los siguientes fines ("Servicios") del Programa de apoyo al paciente de KalVista Cares ("KalVista Cares"): (1) para que una farmacia de especialidad surta mi receta; (2) para que KalVista Cares (si estoy de acuerdo con lo indicado a continuación) brinde la verificación de los beneficios del seguro y la cobertura de medicamentos, el apoyo con autorización previa, la ayuda financiera con copagos, los programas de asistencia al paciente, las fuentes de financiamiento alternativas, otros programas relacionados; (3) para las comunicaciones conmigo, mi médico que emite la receta u otros Proveedores por correo, correo electrónico, o por teléfono sobre mi afección médica, tratamiento, manejo de la atención, información del producto, seguro médico, y para proporcionarme comunicaciones de apoyo al paciente relacionadas; (4) para comunicar información de seguridad y calidad a las autoridades correspondientes, incluidas las comunicaciones con la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. y demás autoridades gubernamentales; (5) para uso interno por parte de la Compañía, incluida la evaluación de la efectividad y la mejora de KalVista Cares a través del análisis de datos y la ayuda al desarrollo de nuevos productos, servicios, y programas, así como el negocio general de KalVista, comercial, fines administrativos; (6) para usar y divulgar mi información para enviarme comunicaciones y materiales de mercadeo y para comunicarse conmigo sobre la participación en la investigación de mercado. Entiendo que ciertos Proveedores de farmacia pueden recibir remuneración financiera de la Compañía por el uso y la divulgación de mi información para los fines mencionados anteriormente. Entiendo que una vez divulgada a la Compañía, mi información puede ya no estar sujeta a todas las protecciones proporcionadas por las leyes y regulaciones federales y estatales sobre privacidad, incluida la HIPAA. Entiendo que KalVista solo usará mi información para los fines descritos anteriormente. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización. Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito de revocación a KalVista Cares, KalVista Cares, 600 Emerson Rd, Suite 300, Creve Coeur, MO 63141. Entiendo que dicha revocación no aplicará a la información que ya haya sido utilizada o divulgada a través de esta Autorización. Esta Autorización vencerá en un plazo de diez (10) años a partir de la fecha de hoy, a menos que la ley estatal establezca un período más corto. Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización y que negarme a firmar esta Autorización no cambiará la forma en que mi médico, mi seguro médico y la farmacia u otros Proveedores me tratan. También comprendo que, si no firmo esta Autorización, no podré recibir los productos, suministros o servicios de KalVista Cares.

FIRME  
AQUI

\* Firma del paciente (He leído, comprendido y aceptado la divulgación de mi información médica personal para los fines descritos anteriormente) \* Fecha (DD/MM/AAAA)

Firmado por el paciente  Firmado por el representante/cuidador del paciente

Al firmar arriba y marcar esta casilla, certifico que otorgo mi consentimiento expreso para recibir mensajes de texto o SMS con respecto a las novedades de la inscripción y las alertas de KalVista Cares, o para recibir llamadas telefónicas un sistema de marcación automática o mensajes pregrabados al número de teléfono que he proporcionado anteriormente en la Sección 1, y que acepto notificar a KalVista Cares de inmediato si mi número cambia. Comprendo que la frecuencia de los mensajes varía según el usuario y pueden aplicarse las tarifas de datos y mensajes estándares de mi proveedor de servicios inalámbricos. Entiendo que puedo excluirme de los futuros mensajes de texto en cualquier momento enviando un mensaje de texto con la palabra STOP (suspender) al 7177143709 desde mi teléfono móvil o con la palabra HELP (ayuda) para obtener apoyo adicional. Si esta casilla no está marcada, comprendo que no recibiré mensajes de texto. Los términos completos y el aviso de privacidad se pueden encontrar en <https://www.kalvista.com/privacy-policy/>.