



¿Qué es Humatrope® (somatropina para inyección) DirectConnect (HDC)?

Formulario de Autorización del Paciente
PO Box 220301, Charlotte, NC 28222
Tel: 1-84HUMATROPE (844-862-8767)
Fax: (800) 642-5442
Correo electrónico: patientauth@lashgroup.com

Su proveedor de atención médica ha hablado con usted sobre el uso de Humatrope® (somatropina para inyección), un medicamento de Eli Lilly and Company. Es posible que tenga algunas preguntas sobre esto. Humatrope® DirectConnect (HDC) se creó para que usted tenga una buena experiencia al inicio y durante el uso de Humatrope®.

HDC le ofrece ayuda personalizada al paciente, sin costo alguno. HDC está conformado por personas que trabajan para Lilly, además de las empresas que Lilly ha elegido para proporcionar algunos servicios. En este formulario, “Lilly” y “nosotros” significa Eli Lilly and Company, Lilly USA, LLC, sus afiliados, agentes, representantes, socios comerciales y proveedores de servicios.

HDC ofrece la siguiente ayuda a los pacientes elegibles:

- Ayuda con el proceso de reembolso del seguro.
- Administradores de casos especializados para abordar los problemas y ayudar a evitar interrupciones o retrasos en el tratamiento.
- Medicina provisional mientras espera la cobertura del seguro.
- Coordinación con la farmacia especializada y organizar el primer envío de Humatrope®.
- Instrucción por parte de una enfermera con experiencia para la aplicación en casa.
- Programa de apoyo con el copago.

¿Por dónde empiezo?

Sírvase proporcionar la siguiente información.

Información de contacto

Sírvase proporcionar la siguiente información del paciente:

► Nombre del paciente: _____ Inicial del segundo nombre del paciente: ____
Apellido del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: __/__/__

Sírvase proporcionar la siguiente información de contacto: **Soy el representante personal del paciente** o **Soy el paciente**

Si usted es el representante personal, sírvase proporcionar la siguiente información.

Si usted es el paciente, sírvase proporcionar su número telefónico y correo electrónico, además de la información solicitada anteriormente.

Nombre del representante personal del paciente: _____ Apellido del representante personal del paciente: _____
Número telefónico principal para que HDC se comunice con usted*: (____) ____ - ____ Correo electrónico: _____

► *Al dar mi número telefónico y firmar este formulario, acepto recibir llamadas automatizadas [y/o previamente grabadas] y mensajes de texto sobre el programa Humatrope DirectConnect. Entiendo que no es necesario hacer ninguna compra para recibir estas llamadas o mensajes de texto. Al firmar a continuación, acepto y certifico que tengo más de 18 años.

Doy mi consentimiento para inscribirme en el programa Humatrope DirectConnect que está al reverso de este formulario (opcional)

Al firmar este formulario, confirmo que he leído y acepto la Autorización HIPAA para pacientes en el reverso de este formulario.

Firma

► _____
Firma del paciente o del representante personal

Fecha

Autorización HIPAA del paciente

Antes de que Humatrope® DirectConnect (HDC) pueda comenzar a ayudarlo, Lilly podrá solicitar información sobre usted y su salud. Si usted es uno de los padres o el representante personal, Lilly le pedirá información sobre la persona a su cuidado. Esto se conoce como su Información médica protegida, o PHI, por sus siglas en inglés. Al marcar la casilla en la página 1 y firmar este formulario, usted entiende y acepta que su PHI puede ser compartida y utilizada de la manera que se explica a continuación.

La PHI incluye información como:

- Su seguro de salud o beneficios, incluida la cobertura con la que cuenta
- Todos los registros sobre su tratamiento
- Todo lo que afecta su salud
- Si se mantiene su medicamento o tratamiento

Su PHI se utiliza de la siguiente manera:

- Para saber qué parte de su tratamiento con Lilly está cubierto por su seguro
- Para ayudarlo a encontrar otras formas de pagar su tratamiento
- Para realizar un seguimiento del uso de su tratamiento con Lilly
- Para compartir información con su proveedor de atención médica
- Para asegurar que reciba servicios de alta calidad del programa, pero que esto no afecte la información o las divulgaciones compartidas o utilizadas antes de que Lilly reciba su solicitud
- Para medir el rendimiento del programa y realizar mejoras al mismo
- Uso interno de los datos por parte de Lilly para impulsar las decisiones de negocio y métricas sobre el rendimiento del centro
- Informes a nuestro equipo de ventas con respecto al uso de profesionales de atención médica de los servicios del centro
- Conversaciones/mensajes con su profesional de atención médica en relación a las tendencias y el desempeño del centro

Si acepta, su PHI puede ser compartida por:

- Sus médicos y otros proveedores de atención médica
- Su plan de salud o compañía de seguro de salud
- Su farmacia
- Otros que pudieran tener su PHI

Otras cosas que debe saber acerca de compartir su PHI:

- Solo solicitamos y compartimos la PHI que necesitamos para brindarle los beneficios que desea. No solicitamos alguna PHI que no necesitemos, pero podemos recibirla en los registros de salud que se nos envían.
- No es obligatorio dar su permiso para compartir la PHI, pero es posible que HDC no pueda ayudarlo sin dicha información.
- Después de compartir su PHI, es posible que ya no esté cubierta por las leyes de privacidad federales y estatales (como la HIPAA), y es posible que se vuelva a compartir.
- Su permiso para compartir y utilizar su PHI tiene una duración de 1 año, a menos que cambie de opinión antes de esa fecha. Usted puede retirar el permiso para compartir su PHI en cualquier momento.
- Sus proveedores de atención médica (como las farmacias) pueden recibir un pago de Lilly a cambio de compartir su PHI y/o utilizar su información para brindarle apoyo terapéutico y otros servicios, tales como ponerse en contacto con usted con comunicaciones sobre productos de Lilly.

Si usted cambia de opinión acerca de participar en el programa:

- Puede dejar de compartir su PHI con nosotros, o cambiar lo que desea compartir, llamando al 1-84-HUMATROPE® (844-862-8767) o escribiendo a Humatrope® DirectConnect PO Box 220301, Charlotte, NC 28222
- Respetaremos su voluntad luego de recibir su solicitud.

Servicios de apoyo al paciente Humatrope® DirectConnect (Opcional)

HDC es un programa de apoyo personalizado ofrecido por Lilly para aquellos pacientes que califican. Como parte de mi participación, Lilly puede utilizar, divulgar y/o transferir la información personal que proporciono para brindar servicios relacionados con mi afección o la afección de la persona que está bajo mi cuidado y tratamiento para administrar el programa. Dichos servicios incluyen comunicarse conmigo por correo electrónico, mensaje de texto, correo postal o teléfono para ofrecer un servicio personalizado proporcionado por un representante de HDC, incluidos los materiales informativos y de marketing; responder las solicitudes de servicio al cliente y/o preguntas acerca de productos; solicitar comentarios sobre mi experiencia con los productos, servicios y programas, incluyendo la investigación de mercado; divulgar mi inscripción y el uso de estos servicios a mis proveedores de atención médica y aseguradoras; y analizar y/o medir el rendimiento del programa o mejoras futuras. Ofrecemos otras actividades relacionadas con su afección y terapia. Estas no son parte de HDC. Estas actividades incluyen diferentes cosas como contar su historia. Al marcar la casilla correspondiente en el anverso/página 1 del presente formulario, doy mi consentimiento para mi inscripción en los Servicios de Apoyo al Paciente de Humatrope® DirectConnect, como se describe en el presente consentimiento.

