

## Cómo empezar: información para pacientes y cuidadores

### Acerca de Denali Patient Services

Denali Patient Services brinda apoyo a pacientes y cuidadores para guiarlos en el proceso de acceso al tratamiento. Al completar este formulario, usted autoriza a nuestro equipo a ayudarle a entender la cobertura de su seguro, explorar opciones de asistencia financiera y coordinar su tratamiento. Nuestro equipo también está disponible para responder sus preguntas y, si usted lo solicita, proporcionarle materiales educativos relacionados con el tratamiento, así como opciones para comunicarse con el equipo de Denali Patient Services.

### Pasos para recibir apoyo

Para que Denali Patient Services pueda brindarle apoyo con el acceso al tratamiento, primero debe **completar y firmar este formulario en la página 2**. Su profesional de la salud también deberá completar la sección correspondiente. Si tiene alguna pregunta sobre estos servicios o sobre este formulario, llámenos al **1-844-DNLI365 (1-844-365-4365)**.

Usted puede decidir no firmar este formulario. No obstante, sin su firma en la página 2, Denali no podrá brindarle los servicios de acceso aquí descritos. La inscripción en este programa no afecta la posibilidad de obtener el producto de Denali a través de su profesional de la salud o de su plan de seguro médico.

### Siga estos pasos

#### 1. Revisión

Lea las páginas 1 y 2.

#### 2. Firma

Complete el formulario con su información y firme en el lugar indicado de la página 2.

#### 3. Envío del formulario



**Fax:** complételo y envíelo por fax al **1-650-456-1875**.



**En línea:** contáctese con Denali Patient Services para conocer las opciones de envío en línea.

**Importante:** el profesional de la salud que prescribe el tratamiento deberá completar la sección que le corresponde de este formulario antes de que podamos comenzar a brindarle apoyo con el acceso, como comprender la cobertura de su seguro, explorar opciones de asistencia financiera y coordinar el tratamiento. Su autorización también es necesaria para que Denali pueda brindarle los servicios básicos y cualquier servicio adicional opcional que usted solicite.

**Usted y su profesional de la salud pueden enviar sus respectivas secciones del formulario por separado sin inconveniente. Denali Patient Services reunirá ambas partes una vez que las haya recibido.**

### Servicios básicos (se reciben automáticamente). Una vez que haya completado y firmado este formulario, Denali Patient Services le asignará un representante exclusivo que lo ayudará a:

- Trabajar con su compañía de seguro médico para comprender o verificar la cobertura de los productos de Denali y los beneficios relacionados con su administración.
- Determinar si cumple con los criterios de elegibilidad para participar en programas de asistencia financiera y facilitar la inscripción, si corresponde (por ejemplo, una tarjeta de copago).
- Si reúne los requisitos, coordinar el acceso temporal al producto para que pueda continuar con el tratamiento mientras se verifica o se restablece la cobertura de su seguro. Este servicio se ofrece sin costo durante 2 meses a los pacientes elegibles.
- Brindar apoyo logístico y coordinar con el consultorio de su profesional de la salud, el centro de infusión y la farmacia.
- Comunicarse con usted utilizando la información proporcionada para conversar sobre la cobertura del seguro, los costos del tratamiento y la asistencia disponible para servicios básicos.

**Servicios adicionales (previa solicitud).** Si lo desea, Denali Patient Services también puede brindarle servicios adicionales. Estos servicios son opcionales y no afectan su posibilidad de recibir ayuda con el seguro, asistencia financiera o coordinación del tratamiento. Si usted lo solicita, podremos:

- Proporcionarle información y materiales educativos adicionales sobre su afección o sobre el producto de Denali.
- Ponerlo en contacto con el equipo de Denali Patient Services para que reciba apoyo virtual o presencial.
- Enviarle comunicaciones utilizando los datos de contacto proporcionados para compartir información adicional sobre el producto u otros materiales educativos que usted solicite. Al proporcionar su número de teléfono celular, usted acepta recibir mensajes recurrentes de Denali. La frecuencia de los mensajes puede variar y pueden aplicarse cargos por mensajes y datos. Puede dejar de recibir estos mensajes en cualquier momento enviando la palabra "STOP" por mensaje de texto o haciendo clic en el enlace para cancelar la suscripción incluido en los correos electrónicos.

**Autorización para usar y divulgar información médica personal**

**Lea y complete esta sección para inscribirse en Denali Patient Services.**

Autorizo a mis médicos y a sus respectivos equipos, a las farmacias y a mi plan de seguro médico (en conjunto, mis “profesionales de la salud”) a compartir mi información personal con Denali Patient Services. Esto puede incluir información de contacto, financiera, médica, sobre tratamientos, así como información sobre mi seguro médico y sus beneficios. Mis profesionales de la salud y Denali Patient Services (incluidos sus socios, afiliadas, subcontratistas y agentes) podrán usar y compartir esta información únicamente cuando sea necesario y solo con las partes indicadas, con el fin de proporcionar los servicios descritos en este formulario. Esto también puede incluir materiales educativos opcionales o relacionados con el producto, así como apoyo adicional, si así lo solicito.

Entiendo que no tengo obligación de firmar esta autorización. Sin embargo, Denali Patient Services no podrá brindarme servicios sin ella. Mis profesionales de la salud no podrán negarme tratamiento, el pago de servicios, la inscripción en programas ni la cobertura del seguro si decido no firmar esta autorización.

**Asimismo, entiendo y acepto lo siguiente:**

- Esta autorización tendrá validez durante seis (6) años a partir de la fecha en que la firme, o desde la fecha de mi última inscripción, lo que ocurra primero, salvo que la cancele antes o que la ley exija un período más corto. Si lo deseo, puedo volver a inscribirme en Denali Patient Services completando un nuevo formulario de autorización.
- La información compartida en virtud de esta autorización puede incluir información de salud sensible, que se utilizará únicamente para verificar si reúno los requisitos para recibir los servicios descritos en este formulario y para brindármelos.
- Denali Patient Services podrá compartir mi información con mis profesionales de la salud, con los socios del programa y con cualquier contacto alternativo que yo elija.
- Denali Patient Services podrá comunicarse conmigo utilizando la información que proporcione en este formulario para brindarme los servicios de acceso básicos descritos en este documento, así como actualizaciones de la cobertura, información sobre asistencia financiera y ayuda con mis consultas relacionadas con el acceso al tratamiento. Denali también podrá usar esta información de contacto para compartir materiales educativos adicionales o relacionados con el producto, u ofrecer oportunidades opcionales para brindar comentarios, pero únicamente si elijo recibir estos servicios adicionales.
- Mi farmacia podría recibir un pago por proporcionar mi información a Denali Patient Services y por utilizarla según sea necesario para que Denali Patient Services pueda prestar los servicios descritos en este formulario.
- Mi información puede combinarse con la de otros pacientes y utilizarse de forma anónima para elaborar informes del programa, mejorar la calidad, realizar análisis, y optimizar los servicios y las comunicaciones de Denali dirigidos a pacientes.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento, enviando una notificación por escrito a Denali Therapeutics a la siguiente dirección: **Denali Therapeutics | 161 Oyster Point Blvd. South San Francisco, CA 94080.**
  - Si cancelo esta autorización, Denali dejará de prestar los servicios y mis profesionales de la salud dejarán de divulgar mi información de forma periódica una vez que sean notificados al respecto. La revocación no afectará la información que ya haya sido utilizada o compartida antes de que Denali reciba mi notificación.
- También tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Una vez compartida, mi información podría dejar de estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) u otras leyes de privacidad. Denali solo la utilizará según lo descrito en este documento o según lo permitido por la ley.
- La inscripción no garantiza la cobertura ni el acceso a ningún beneficio o servicio.
- Denali se reserva el derecho a suspender o modificar los servicios en cualquier momento.
- Puedo consultar más información sobre mis derechos de privacidad, incluidos los derechos específicos de cada estado, en la Política de Privacidad de Denali Therapeutics, disponible en <https://www.denalitherapeutics.com/privacy-policy>.

**Complete esta sección (debe ser firmada por el paciente o su representante legal autorizado) (\*obligatorio)**

\*Nombre (nombre, inicial del segundo nombre y apellido) .....

Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA) ..... / ..... / ..... Idioma preferido: Inglés Español Otro .....

Contacto alternativo (opcional): Nombre completo ..... Relación con el paciente .....

Correo electrónico ..... Teléfono de casa ..... Teléfono celular .....

**Nota: la siguiente información es opcional y puede ayudarnos a brindarle un mejor servicio.**

Estado del paciente ..... Código postal del paciente .....

**Consentimiento para mantenerse informado**

**Al seleccionar esta casilla,** acepto recibir información, como materiales educativos sobre el producto, recursos, información sobre eventos y otros materiales de apoyo, a través de los datos de contacto que proporcione. Esto puede incluir materiales destinados a acompañarme durante el proceso de tratamiento. Mi participación es voluntaria y no constituye un requisito para inscribirme en el programa ni para recibir tratamiento. La frecuencia de los mensajes puede variar y pueden aplicarse cargos por mensajes y datos. Puedo dejar de recibir estos mensajes en cualquier momento enviando la palabra “STOP” por mensaje de texto o haciendo clic en el enlace para cancelar la suscripción incluido en los correos electrónicos.

**OBLIGATORIO:** al firmar a continuación, confirmo que he leído y comprendido esta autorización y que acepto el uso y la divulgación de mi información conforme a lo aquí descrito.



..... / ..... / .....  
**\*Firma del paciente/representante legal autorizado** **\*Firmado el (MM/DD/AAAA)**  
 (Para pacientes menores de 18 años, debe firmar el padre, la madre o el tutor legal)

**Persona que firma** .....  
 (si no es el paciente) Nombre (en letra de imprenta) Apellido (en letra de imprenta) Relación con el paciente

**Si tiene alguna pregunta, hable con su profesional de la salud o llámenos al 1-844-DNLI365 (1-844-365-4365), de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 8 p. m. (Hora del Este).**

# Formulario de inicio de tratamiento con AVLAYAH™ (tvidenofusp alfa-eknm)

Teléfono: 1-844-DNLI365 (1-844-365-4365) | Fax: 1-650-456-1875 | www.AVLAYAH.com | patientservices@care.dnli.com

## Sección para profesionales de la salud (debe ser completada por el profesional)

Los profesionales de la salud deben revisar y completar la página 3, y luego enviar el formulario por fax. No deben incluir ningún registro médico del paciente junto con el envío. Asegúrese de que el paciente o su cuidador lean las páginas 1 y 2, y de que completen la página 2 para otorgar las autorizaciones necesarias.

### 1. Información del médico que prescribe el tratamiento Los campos marcados con un \* son obligatorios.

*Nombre (nombre, inicial del segundo nombre y apellido)		Nombre del consultorio o centro médico	
*Calle	*Ciudad	*Estado	*Código postal
NPI*	Nro de ident. fiscal	Licencia estatal	
Persona de contacto en el consultorio	Teléfono	Fax	Correo electrónico

### 2. Información del centro de atención

Nombre del centro de atención		Infusión domiciliaria (si selecciona esta opción, proporcione la dirección de la compañía que brinda el servicio de infusión domiciliaria)	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Persona de contacto en el consultorio	Teléfono	Fax	Correo electrónico
		NPI*	

### 3. Información del paciente

*Nombre (nombre, inicial del segundo nombre y apellido)			
Masculino	Femenino	Peso del paciente (kg)	*Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /
*Calle	*Ciudad	*Estado	*Código postal
Teléfono de casa	Teléfono celular	Correo electrónico	
Nombre y apellido del cuidador		Correo electrónico del cuidador	
Teléfono del cuidador		Relación con el paciente	

### 4. Información clínica y de diagnóstico

*Código de diagnóstico	E76.1 (MPS II)	Otro
Tratamiento previo o actual	Elaprase	AVLAYAH (tvidenofusp alfa-eknm)
Fecha estimada de inicio del tratamiento con AVLAYAH (si se conoce) / /		Otra fecha de último tratamiento (si se conoce) / /

### 5. Información del seguro

Complete la información que se indica a continuación o adjunte copias de ambos lados de la tarjeta de seguro del paciente.  
 Seleccione esta opción si el paciente no tiene seguro

	Seguro principal	Seguro secundario
Nombre de la aseguradora		
N.º de póliza / ID del afiliado		
N.º de grupo		
Nombre y apellido del titular de la póliza		
Relación con el paciente (si el titular de la póliza no es el paciente)		
Teléfono de la aseguradora		
Nombre del plan de farmacia	N.º de póliza / ID del afiliado	Teléfono del plan de farmacia
Rx BIN N.º	Rx PCN N.º	N.º de grupo

Al firmar este formulario, certifico que el producto de Denali es médicamente necesario para el paciente identificado en esta solicitud ("Paciente"). He revisado la información de prescripción vigente del producto y supervisaré el tratamiento del Paciente. He recibido del Paciente, o de su representante personal, la autorización necesaria para divulgar, de conformidad con las leyes y regulaciones federales y estatales aplicables, la información médica mencionada y/o cualquier otra información del paciente relacionada con el producto de Denali, incluidos sus agentes o contratistas, con el fin de obtener información sobre cobertura y/o ayudar a iniciar o continuar el tratamiento con el producto de Denali. Autorizo a Denali Patient Services a transmitir esta receta a la farmacia correspondiente, según lo determine el plan de salud del Paciente y/o la red de distribución de Denali. Acepto que cualquier producto proporcionado a través del Programa se destinará únicamente a este Paciente, se suministra sin costo alguno y no podrá ser facturado, revendido, ofrecido para la venta o intercambio, ni devuelto para obtener un crédito. Entiendo que la inscripción del Paciente no garantiza cobertura ni reembolso y que es mi responsabilidad completar y presentar todos los formularios y documentos necesarios para solicitar el reembolso.

**FIRME AQUÍ**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 \*Firma del profesional que prescribe el tratamiento (obligatorio; no se aceptan sellos) \*Firmado el (MM/DD/AAAA)

\*Número de identificación nacional del profesional de la salud.