



Formulario de inscripción de REBYOTA Connect

Acceso, cobertura, apoyo y asistencia financiera
Para obtener asistencia, llame al: 1-877-REBYOTA,
de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este
Complete el formulario y envíelo por fax al 1-877-778-7167.

Marque aquí SOLO para solicitar una investigación de beneficios. Si se marca, no es necesario completar las Secciones 3 y 7, y el paciente NO será evaluado para determinar si reúne los requisitos para el programa de asistencia financiera. Para la selección de la elegibilidad para la asistencia financiera, complete las secciones 3 y 7 y pida al paciente que firme en las páginas 3 y 4.

1. EL INFORMACIÓN DEL PACIENTE (obligatorio)

Nombre del paciente (completo):		
Sexo: <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Otro	Fecha de nacimiento: / /	
Dirección:	N.º de departamento:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono móvil: - -	Teléfono hogar: - -	
Teléfono de preferencia: Móvil Hogar	Mejor horario para llamar: <input type="radio"/> a. m. <input type="radio"/> p. m.	
Correo electrónico:		
Contacto/cuidador alternativo:	Teléfono: - -	
Relación:	Correo electrónico:	
Mensaje de voz permitido <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Idioma de preferencia: _____		
Al marcar "Sí", indico que permito que los mensajes de correo de voz revelen a mí o a mi cuidador que estoy recibiendo un medicamento de Ferring en relación con el Programa.		

2. INFORMACIÓN DEL SEGURO (obligatorio)

MARQUE SI NO ESTÁ ASEGURADO (Si se marca, pase a la Sección 3)

Incluya una copia de la portada y contraportada de todas las tarjetas de seguro médico y las tarjetas de seguro de beneficios de recetas O BIEN, complete la información a continuación.

Seguro	Médico principal	Médico secundario (p. ej., cobertura de MediGap)	Receta
Nombre y tipo			
Número de teléfono			
N.º de identificación de la póliza			
N.º de grupo			
Nombre del titular de la póliza			
Fecha de nacimiento del titular de la póliza	/ /	/ /	/ /
Relación con el paciente			
			N.º de PCN:
			N.º de BIN:

3. PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE (PAP) (OPCIONAL: Si el paciente desea ser seleccionado para determinar su elegibilidad)

El Programa de asistencia al paciente (Patient Assistance Program, PAP) de REBYOTA proporciona REBYOTA sin costo para los pacientes elegibles. Se proporcionará asistencia en forma de producto gratuito enviado al centro de administración o reembolso del precio de compra del producto si se verifica la elegibilidad después de la administración del producto. La participación en el PAP es gratuita. Ferring no cobra ningún cargo a las personas que soliciten asistencia a través del PAP. Para ser considerado para el PAP, complete las secciones a continuación. El PAP solo cubre el costo del producto y no la administración u otros servicios.

Ingresos brutos anuales del hogar (ingresos antes de impuestos): \$	Cantidad de personas en el hogar (incluido el paciente):
---	--

4. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA (requerida por el proveedor de atención médica)

Nombre (completo):	N.º de NPI del médico que receta:	
Especialidad:	N.º de licencia estatal:	
Nombre del consultorio:	N.º de identificación fiscal:	
Dirección:	N.º de suite:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de la oficina: - -	Mejor horario para llamar: <input type="radio"/> a. m. <input type="radio"/> p. m.	
Fax de la oficina: - -	¿Cómo obtendrá REBYOTA? (Los pacientes a través de PAP recibirán el servicio de una farmacia especializada contratada) <input type="radio"/> Comprar y facturar (comprar a través del distribuidor) <input type="radio"/> Asignación del beneficio a la farmacia especializada	
Nombre del contacto (completo):		
Correo electrónico de contacto:		



Microbiome
Therapeutics
Development

Ferring, the Ferring Pharmaceuticals logo are registered trademarks of Ferring B.V.
REBYOTA es una marca comercial de Ferring B.V. ©2022 Ferring B.V. US-REB-2200070

Nombre del paciente (completo): _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

5. INFORMACIÓN CLÍNICA (requerida por el proveedor de atención médica tratante)

Código de diagnóstico (código ICD-10): **A04.71** (Enterocolitis debido a Clostridium difficile, **recurrente**)
 Otro: **A04.72** (Enterocolitis debido a Clostridium difficile, **no especificada como recurrente**)

Tratamiento con antibióticos (si se conoce): Fecha de inicio: ____ / ____ / ____ Días de terapia: ____

Fecha prevista para la administración de REBYOTA™ al paciente: ____ / ____ / ____

Lugar del tratamiento: Consultorio del médico Otro centro para pacientes ambulatorios

Dirección para el envío del producto (si se administra en un lugar alterno proporcionado anteriormente).
 NOTA: No se puede enviar directamente al paciente.

Nombre del centro:	Nombre de contacto:	
Teléfono del centro: - -	Fax del centro: - -	
Dirección:	N.º de suite:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:

6. RECETA (requerida para pacientes atendidos por una farmacia especializada, no deje ninguna casilla en blanco)

Fecha: ____ / ____ / ____	REBYOTA: suspensión de 150 ml para uso rectal	Instrucciones de uso: Administrado por vía rectal por un proveedor de atención médica	Instrucciones especiales:
Cant.: _____	Resurtidos: _____		
Enumere o adjunte los medicamentos actuales:		Indique cualquier alergia a los medicamentos: <input type="radio"/> Ninguna alergia conocida a fármacos	

Confirmando que la información sobre el paciente y el proveedor de atención médica en este formulario de inscripción la completé yo o según mis indicaciones, y he hablado con mi paciente y le he informado sobre la inscripción en REBYOTA Connect ("Programa"). La información contenida en el presente documento es completa y precisa a mi leal saber y entender. Comprendo que debo cumplir con los requisitos de mi estado de ejercicio de recetas específicas, como recetas electrónicas, formularios de recetas específicos del estado, texto para el fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado puede hacer que la farmacia que entrega se comunique conmigo. Autorizo a Ferring y sus agentes, incluido UBC, a usar la red de Surescripts en mi nombre en relación con este formulario de inscripción. Acepto y cumpliré con todos los términos y condiciones de Surescripts, incluidos los de confidencialidad, mensajes comerciales, privacidad y seguridad, leyes aplicables y uso de datos disponibles en <https://ubc.com/surescriptsterms/>.

Al firmar a continuación, certifico que: (1) Le estoy recetando REBYOTA® (microbiota fecal, live-jslm) ("Producto") al paciente identificado en la Sección 1 anterior, esta receta es médicamente necesaria para el paciente y se usará según las indicaciones; supervisaré el tratamiento del paciente, y que la información que he proporcionado anteriormente sea completa y precisa a mi leal saber y entender; (2) he recibido el permiso y el consentimiento adecuados del paciente para cumplir con los requisitos pertinentes impuestos en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 y las leyes estatales pertinentes necesarias para divulgar a Ferring y a sus agentes y proveedores de servicios designados la información relacionada con el paciente en este formulario con el fin de verificar la cobertura de seguro del paciente para el Producto, confirmar los requisitos de autorización previa para el producto, si es necesario, proporcionar información sobre apelaciones de rechazos de reclamos, ayudar con recursos e información de asistencia financiera como apoyo con copagos o programas de asistencia al paciente con fármacos gratuitos para los cuales el paciente puede ser elegible, coordinar la entrega del Producto, contactar al paciente con materiales educativos sobre el medicamento recetado del paciente o evaluar la efectividad del programa; y brindar a mi paciente otra educación y apoyo disponibles a través del Programa asociado con el Producto; y (3) si corresponde, autorizo el envío de la receta anterior a la farmacia especializada afiliada al plan de seguro del paciente o elegida por el paciente mencionado o por mi consultorio en nombre del paciente mencionado.

Si mi paciente es elegible para el Programa de asistencia al paciente ("PAP") de REBYOTA y se inscribe en el PAP, además acepto lo siguiente: (1) La asistencia se proporcionará en forma de producto gratuito que se enviará a mi consultorio antes de la administración del producto o en forma de reembolso por el precio de compra del producto si se procesa después de la administración del producto; (2) si el producto se envía a mi consultorio, recibiré y aseguraré el medicamento de mi paciente en mi consultorio hasta que se administre a mi paciente; (3) (a) todos los medicamentos suministrados por Ferring como resultado de la inscripción en el PAP son para uso exclusivo del paciente nombrado y no se venderán; comercializarán, intercambiarán, transferirán, devolverán para obtener crédito, ni se entregarán a cualquier tercero (como Medicare, Medicaid, u otro proveedor de beneficios) para reembolso, y (b) si la asistencia se brinda en forma de reembolso, el reembolso se proporcionará a mi paciente, o, si lo autoriza mi paciente, directamente a mí si el producto se obtuvo a través del proceso estándar de compra y facturación, o a la farmacia especializada si el producto se obtuvo mediante la asignación de beneficios a una farmacia especializada; (4) el Producto se proporcionará únicamente al paciente elegible sin cargo de ningún tipo; (5) Ferring puede cambiar o cancelar el PAP en cualquier momento y Ferring se reserva el derecho de finalizar la inscripción de mi paciente en el PAP en cualquier momento; (6) notificaré a Ferring de inmediato si el Producto ya no es médicamente necesario para el tratamiento de este paciente o si el seguro o el estado financiero de mi paciente cambian.

	_____	_____	____ / ____ / ____
	Firma de quien emite la receta (entregar tal como está escrito/no sustituir)	Firma de quien emite la receta (sustitución permitida)	Fecha



Microbiome
Therapeutics
Development

Ferring, the Ferring Pharmaceuticals logo are registered trademarks of Ferring B.V.
 REBYOTA es una marca comercial de Ferring B.V. ©2022 Ferring B.V. US-REB-2200070

Autorización para divulgar información médica protegida

Yo, o mi representante autorizado, autorizo a mi equipo de atención médica y personal, a mis farmacias y a mi proveedor de seguros a utilizar y divulgar información sobre mi afección médica, receta de REBYOTA™ (microbiota fecal, live-jslm) (“Producto”), información financiera y cobertura de seguro (la “Información autorizada”) a Ferring, terceros proveedores de servicios de Ferring que ayudan con la administración del Programa (definida a continuación) y cualquier otro tercero (“Destinatarios”), de la siguiente manera: Comprendo que mi información autorizada se usará para lo siguiente: (1) Inscribirme o iniciar mi inscripción en REBYOTA Connect (“Programa”); (2) establecer mi elegibilidad para recibir beneficios y los posibles costos de bolsillo para el Producto y para brindarme servicios relacionados, que incluye indicarme programas de pagadores privados o públicos separados, servicios de reembolso, servicios para enviar mi medicamento, y otros servicios de apoyo, incluida la educación del paciente y la asistencia financiera (en la medida en que corresponda); (3) determinar mi elegibilidad y ayudarme a acceder a cualquier apoyo con copagos o programas de fármacos gratuitos aplicables; (4) realizar investigación y análisis de datos para desarrollar y evaluar productos, servicios, materiales, y tratamientos y mejorar el programa; (5) comunicarme con mis proveedores de atención médica y planes de salud acerca de mi plan de tratamiento; (6) comunicarse conmigo por motivos relacionados con el Programa y todos los servicios de apoyo, obtener más información o aclaraciones sobre cualquier evento adverso que pueda experimentar o solicitar mi opinión sobre cualquier fármaco administrado en virtud del Programa, y los productos y servicios de Ferring; (7) administrar y mantener la calidad del Programa, incluidos, entre otros, la revisión de casos, verificaciones de cumplimiento, revisión de auditoría y propósitos contables; y (8) ayudar a que se me envíe el producto a mí o a mis proveedores de atención médica.

Comprendo que una vez que mi información autorizada se haya divulgado a Ferring, es posible que ya no esté protegido por la ley federal de privacidad y que pueda volver a divulgarse a otras personas, pero que Ferring tiene la intención de usar y divulgar mi información autorizada recibida de conformidad con esta autorización solo para los fines descritos anteriormente o según lo exija la ley.

Comprendo que la farmacia que dispensa mi producto puede recibir remuneración financiera de Ferring por divulgar mi información autorizada a Ferring y por proporcionarme servicios de apoyo, incluido el envío de comunicaciones a mí, para los fines de mi participación en el programa detallado en esta autorización. Comprendo que puedo retirar esta autorización llamando a REBYOTA Connect al 1-877-REBYOTA o enviando por correo una carta con mi notificación de revocación a 680 Century Point, Lake Mary, FL 32746. Comprendo que si revoco la autorización, esta será inválida, pero los usos y divulgaciones realizados en función de la autorización antes de su revocación no serán invalidados. Comprendo que puedo negarme a firmar este formulario y, si lo hago, no podré participar en el Programa, pero tal negativa no afectará mi elegibilidad para obtener tratamiento médico ni para que se me recete el Producto, si corresponde, ni mi elegibilidad para la cobertura del seguro u otros beneficios. Esta autorización caduca 3 años después de la fecha en que la firme, a menos que la legislación estatal exija un periodo más corto. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Mi firma a continuación certifica que he leído, entendido y acepto la divulgación de mi información médica protegida de conformidad con la autorización para divulgar mi información médica protegida anterior.

Se requiere firma para toda la asistencia financiera y apoyo de reembolso (no es necesario si solo se proporciona investigación de beneficios)

Nombre del paciente (en letra de imprenta):	Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
Nombre del representante del paciente (en letra de imprenta, si corresponde):	
Relación con el paciente (en letra de imprenta, si corresponde):	
Firma del paciente o representante:	Fecha: ____ / ____ / ____

**FIRMAR
AQUÍ**

7. TÉRMINOS DE PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE, ELEGIBILIDAD FINANCIERA Y AVISO DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE (CONTINUACIÓN)

Aviso del PAP

Entiendo que si he optado por ser seleccionado por el Programa de asistencia al paciente (Patient Assistance Program, "PAP") de REBYOTA™ y participo en el Programa, reconozco y autorizo a Ferring y/o a sus proveedores de servicios externos a registrar todas las comunicaciones con representantes de PAP para los fines establecidos en el presente documento. Entiendo y reconozco además que dichas grabaciones pueden contener Información autorizada.

Comprendo que si he optado por ser seleccionado para el PAP, otorgo mi consentimiento para que el PAP realice una verificación electrónica de mi información financiera para verificar mi elegibilidad y procesar mi solicitud. Al firmar aquí, otorgo mi consentimiento para que se verifiquen electrónicamente mis ingresos y comprendo que proporciono "instrucciones escritas" en virtud de la Ley de Informes crediticios justos (Fair Credit Reporting Act, "FCRA") que autoriza al PAP a obtener información de mi perfil crediticio, únicamente con el fin de determinar las calificaciones financieras para el PAP. Comprendo que esta autorización permite que el PAP realice este proceso según sea necesario durante mi participación en el PAP.

Si reúno los requisitos y me inscribo en el PAP, reconozco que el programa me proporcionará el Producto sin costo alguno en forma de producto gratuito enviado a mi proveedor de atención médica antes de la administración del producto o en forma de reembolso por el precio de compra del producto si se procesa después de la administración del producto. Si la asistencia se proporciona en forma de reembolso, autorizo que el pago se envíe directamente a mi proveedor de atención médica o farmacia especializada. La participación en el PAP es gratuita; Ferring no cobra ningún cargo a las personas que soliciten asistencia con Ferring. La asistencia depende de mi capacidad para cumplir con los requisitos de elegibilidad para el PAP. El PAP no tiene ninguna obligación de prestarme los servicios del programa y no es responsable de la prestación de estos servicios. El PAP puede cambiarse o interrumpirse sin previo aviso. No solicitaré reembolso alguno por la asistencia proporcionada en virtud del PAP. Notificaré al PAP si mi seguro o situación financiera cambia. Si soy miembro de un plan de Medicare que incluye un plan de Medicamentos Recetados de Medicare y reúno los requisitos para recibir asistencia con el PAP, Yo: (1) seré elegible para obtener el medicamento del PAP por un término de año calendario; (2) no compraré este medicamento en virtud de mi plan de Medicare mientras esté inscrito en el PAP; (3) si corresponde, no presentaré reclamos ni solicitaré crédito por gastos de bolsillo verdaderos (true out-of-pocket, TrOOP) por el medicamento proporcionado durante mi inscripción; (4) permitiré que el PAP proporcione una notificación por escrito a mi plan de Medicare, si corresponde, que recibo un producto sin costo fuera del beneficio de la Parte D de Medicare.

Aviso de privacidad y marketing:

En relación con el Programa y el PAP, Ferring recopila las siguientes categorías de información personal:

- Identificadores personales, incluidos su nombre, dirección, dirección de correo electrónico y número de teléfono.
- Características de las clasificaciones protegidas, incluido su sexo.
- Información demográfica, incluido su sexo y datos de nacimiento.
- Información visual y de audio, incluidas sus grabaciones de voz (cuando participe en el programa o PAP).
- Información personal sensible, incluido su número de identificación de licencia estatal, información sobre afecciones médicas, información sobre recetas y otras categorías de información relacionada con la salud.

Ferring recopila esta información para los fines descritos anteriormente en esta Sección 7, en relación con el Programa y el PAP. Ferring también puede utilizar su información para enviarle información por correo postal o electrónico, que puede incluir material educativo sobre el estado de la enfermedad e información sobre el Producto y Ferring. Puede darse de baja de este uso en cualquier momento.

Ferring conservará cada categoría de su información personal enumerada anteriormente durante el tiempo necesario para llevar a cabo los fines descritos anteriormente y en su política de privacidad disponible en <https://ferringusa.com/privacy/>, o según lo exija la ley para cumplir con las obligaciones legales de Ferring.

Ferring no "vende" a sabiendas la información recopilada de este formulario; sin embargo, Ferring puede compartir su información con terceros de confianza en circunstancias limitadas según se describe en esta Sección 7 y en su política de privacidad, a la que puede acceder visitando <https://ferringusa.com/privacy/>. Si decide que desea ejercer cualquiera de sus derechos de privacidad, incluido el derecho a acceder, eliminar o corregir la información recopilada a través de este formulario, o limitar el intercambio de su información con terceros recopilados a través de este formulario, puede notificarnos en cualquier momento llamando al número gratuito 1-888-FERRING (1-888-337-7464) o enviando un formulario de contacto del interesado. Puede encontrar un enlace al Formulario de contacto del interesado visitando la política de privacidad de Ferring en <https://ferringusa.com/privacy/>.

Mi firma a continuación certifica que he proporcionado información precisa y completa, que he leído, comprendido y aceptado los términos de los Avisos de Privacidad y Marketing del PAP anteriores.

Se requiere firma para toda la asistencia financiera y apoyo de reembolso (no es necesario si solo se proporciona investigación de beneficios)

Nombre del paciente (en letra de imprenta):	Fecha de nacimiento: ____/____/____
Nombre del representante del paciente (en letra de imprenta, si corresponde):	
Relación con el paciente (en letra de imprenta, si corresponde):	
FIRMAR AQUÍ Firma del paciente o representante:	Fecha: ____/____/____

Para obtener asistencia, llame al: 1-877-REBYOTA, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este
Complete el formulario y envíelo por fax al 1-877-778-7167.

IMPRIMA EL FORMULARIO
A continuación, firme con un bolígrafo



Microbiome
Therapeutics
Development

Ferring, the Ferring Pharmaceuticals logo are registered trademarks of Ferring B.V.
REBYOTA es una marca comercial de Ferring B.V. ©2022 Ferring B.V. US-REB-2200070