

Complete el formulario de inscripción y envíelo por fax a **1-844-339-8515** o por correo electrónico a **support@lantheuslink.com**. Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico que se envíen a Lantheus o a los terceros proveedores de servicios podrían no estar cifradas ni ser seguras, y las protecciones establecidas en virtud de la Regla de Seguridad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) no se aplicaría a estas comunicaciones.

1 Apoyo solicitado

*Indica campo obligatorio.

☐ Apoyo al paciente y orientación sobre seguros ☐ Solo apoyo al paciente ☐ Solo orientación sobre seguros

- El apoyo al paciente puede incluir identificar un centro de diagnóstico por imágenes, enviar recordatorios de citas, educación para el paciente, opciones de asistencia con el transporte y asistencia de fundaciones.
- La orientación sobre seguros puede incluir la verificación de beneficios, asistencia con autorizaciones previas, asistencia con apelaciones o reclamos.

2 Información sobre el paciente

*Nombre		*Apellido	
*F. de n. (MM/DD/AAAA)		Correo electrónico	
*Dirección		*Ciudad	*Estado *C.P.
*Número de teléfono preferido ☐ Particular ☐ Móvil		Número de teléfono alternativo ☐ Particular ☐ Móvil	
Idioma preferido ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro		*Método de contacto preferido ☐ Llamada ☐ C. e. ☐ Men. texto	
Mejor momento para comunicarse ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche		Permiso para dejar mensaje de voz ☐ Sí ☐ No	
☐ Autorizo la divulgación de mi información personal de salud al siguiente representante autorizado (opcional)			
*Nombre/relación del representante autorizado			

3 Información del seguro Adjunte copias de TODAS las tarjetas de seguro del paciente

*Seguro médico principal		*N.º de tel. del seguro médico principal	
*Tipo de plan	*Número de grupo	*Id. de la póliza/n.º de MBI	
*Nombre del suscriptor/relación (si no es la misma persona)		*Empleador del suscriptor (si corresponde)	
*Seguro médico secundario		*N.º de tel. del seguro médico secundario	
*Tipo de plan	*Número de grupo	*Id. de la póliza/n.º de MBI	
*Nombre del suscriptor/relación (si no es la misma persona)		*Empleador del suscriptor (si corresponde)	

4 Médico que realiza la derivación

*Nombre	*Apellido	Nombre del consultorio	
*Dirección		Número de teléfono del consultorio	
*Ciudad	*Estado	*C.P.	Nombre del contacto del consultorio
Correo electrónico del consultorio			N.º de tel. de contacto del consultorio
*N.º de id. tributaria	*N.º de NPI del proveedor		Número de fax del consultorio
Número de licencia del estado	PTAN de Medicare (PTAN, Número de acceso a la transacción del proveedor)		Método de contacto preferido ☐ Llamada ☐ C. e. ☐ Fax

5 Centro de diagnóstico por imágenes Deje esta sección en blanco si desea que Lantheus Link lo ayude a buscar un centro de diagnóstico por imágenes dentro de la red en el área del paciente

Nombre del hospital/centro de diagnóstico por imágenes		☐ Pacientes ambulatorios ☐ Centro de pruebas por imágenes independiente	
Dirección		☐ Marque aquí si se ha enviado una orden al centro de diagnóstico por imágenes	
Contacto del consultorio	Ciudad	Estado	C.P.
N.º de tel. de contacto del consultorio	Contacto para cuestiones de facturación		
Correo electrónico del contacto del consultorio		N.º de tel. de contacto para cuestiones de facturación	
Método de contacto preferido ☐ Llamada ☐ C. e. ☐ Fax	N.º de fax	Fecha prevista para la prueba por imágenes	
N.º de id. tributaria	N.º de NPI del centro de diagnóstico por imágenes	PTAN de Medicare (PTAN, Número de acceso a la transacción del proveedor)	

6 Información clínica Incluya la nota de progreso más reciente

*Código de diagnóstico de ICD-10: ☐ C61 (principal) ☐ C79.82 ☐ Z19.1 ☐ Z19.2 ☐ Z85.46 ☐ R97.21						*Código A9595 de HCPCS
*Código de procedimiento (CPT) ☐ 78815 ☐ 78816 ☐ Otros						*Modificador de CPT ☐ PI (Initial) o ☐ PS (Recurrente)

7 Permiso para prestar servicios de Lantheus Link

*Indica campo obligatorio.

Con mi firma, me inscribo en los servicios de apoyo al paciente de Lantheus Link ("Servicios") relacionados con mi examen de diagnóstico por imágenes PET indicado utilizando PYLARIFY®, que puede incluir recursos educativos, apoyo con administración de casos e información sobre la posibilidad de obtener ayuda con los gastos de bolsillo. Lantheus Link recopilará información sobre mí, incluida información relacionada con mi afección médica y su tratamiento, administración de la atención, seguro médico y reclamos de cobertura, y la indicación de PYLARIFY® y el examen PET relacionado, así como toda la información brindada en este formulario (en conjunto, "Mi Información"). Comprendo que Lantheus Link puede hacer lo siguiente:

- Revisar y verificar mi cobertura de seguro para el examen indicado.
- Informarme sobre opciones de asistencia con el transporte y con cuestiones financieras que puedan estar disponibles.
- Enviar recordatorios de citas para el examen indicado.
- Compartir material educativo y promocional sobre los Servicios, que puede basarse en la información que yo proporcione, incluida la información de salud que comparta en el formulario que figura arriba.
- Realizar un aseguramiento de la calidad y buscar comentarios relacionados con los Servicios.
- Utilizar información anonimizada para investigaciones y mejoras empresariales.

Los Servicios de Lantheus Link pueden cambiar en cualquier momento. Para obtener más información sobre cómo utilizamos la información personal, visite la Política de privacidad de Lantheus en <https://www.lantheus.com/legal/privacy-policy/>.

Puedo darme de baja de recibir comunicaciones o servicios en cualquier momento llamando al 844-339-8514 o enviando un correo electrónico a support@lantheuslink.com. Esto no se aplicará al uso que se haga de Mi Información antes de dicha baja.

☐ **Acepto recibir mensajes de texto de Lantheus como parte de los Servicios de Apoyo al Paciente de Lantheus Link.**

Si acepto, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto al número que proporcioné en este formulario. Podrían aplicarse cargos estándares por mensajes de texto y datos. Envíe "STOP" (DETENER) por mensaje de texto para darse de baja en cualquier momento.

»

*Firma del paciente/tutor legal

*Fecha

Nombre en letra de imprenta/relación con el paciente (si corresponde)

8 Permiso para compartir información de salud

Con mi inscripción en Lantheus Link, autorizo a mi seguro de salud, mis médicos y otros proveedores de atención médica ("Proveedores") a compartir Mi Información con Lantheus, sus afiliadas y socios, para inscribirme en Lantheus Link, prestar los servicios del programa y realizar actividades de aseguramiento de la calidad y otras actividades comerciales. Lantheus Link puede usar mi información anonimizada con fines de análisis interno o de investigación. Comprendo que las leyes de privacidad federal podrían no proteger Mi Información antes divulgaciones posteriores que se realicen luego de divulgarla a Lantheus Link, pero Lantheus Link ha aceptado usarla solo de la manera que permito en esta autorización o que exige la ley. La firma de este formulario es voluntaria y no afectará mi capacidad de obtener tratamiento médico, mi elegibilidad para beneficios del seguro o la cobertura en virtud de mi seguro médico, ni el acceso a productos de Lantheus, incluido un examen PET con PYLARIFY®. Sin esta autorización, Lantheus Link no puede prestarme Servicios. Salvo que la revoque, esta autorización caduca un año desde la fecha de la firma o antes, si lo exige la ley. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando dicha cancelación por correo electrónico a support@lantheuslink.com o llamando al 844-339-8514; sin embargo, esta cancelación no tendrá efecto con respecto a Mi Información que se haya usado o divulgado antes de que Lantheus Link reciba el aviso de la cancelación. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de este formulario.

»

*Firma del paciente/tutor legal

*Fecha

Nombre en letra de imprenta/relación con el paciente (si corresponde)

9 Contenido/acuerdo legal con el profesional a cargo de la indicación

Con mi firma, confirmo que atiendo al paciente que se menciona en este formulario y que la información brindada es precisa a mi leal saber y entender. El procedimiento de diagnóstico indicado, un examen PET con PYLARIFY®, es necesario desde el punto de vista médico y está en línea con el rotulado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). He obtenido una autorización por escrito de mi paciente o su representante, según lo exige la ley estatal y federal, incluida la Ley HIPAA y las reglamentaciones que la implementan, para compartir la información de salud de este formulario con Lantheus Link para lo siguiente: (1) verificar la cobertura y elegibilidad para un examen PET con PYLARIFY®, (2) identificar centros de diagnóstico por imágenes en los que realicen el examen indicado y (3) presentar los servicios relacionados a mi paciente y comunicarme con él para estos fines. Reconozco que no tengo la obligación de indicar ningún producto de Lantheus y no he recibido ni recibiré ningún beneficio de Lantheus por hacerlo. Doy mi consentimiento para que se comuniquen conmigo de parte de Lantheus Link por fax, teléfono, correo postal o correo electrónico para ayudar al paciente que se menciona arriba o para brindarme información adicional sobre el programa. Comprendo que Lantheus puede modificar o dar por finalizados los servicios del programa sin previo aviso.

»

*Firma del profesional a cargo de la indicación

*Fecha

Para obtener más información, visite [lantheuslink.com](https://www.lantheuslink.com) o llame al 844-339-8514.

Entregue el formulario completo por fax al 844-339-8515 o por correo electrónico, a support@lantheuslink.com.