

Solicitud para el programa de asistencia al paciente de Doptelet

Complete y firme esta solicitud y envíela por fax a Doptelet Connect al 1-855-686-8729.

Además, se le puede pedir que presente lo siguiente:

1

Prueba de ingresos

(Ejemplos: se prefiere la declaración fiscal federal o estatal actual. Si no declara impuestos, son aceptables documentos alternativos como la declaración W-2 actual, la carta de adjudicación de SSDI/SSI, el formulario 1099 o la copia de últimos 3 recibos de pago)

SI NO SE DISPONE DE UNA PRUEBA DE INGRESOS, EL PADRE, LA MADRE O EL CUIDADOR DEL PACIENTE PUEDEN PRESENTAR UNA CARTA LEGALIZADA QUE DETALLE SUS INGRESOS.

2

Una copia del seguro actual del paciente y las tarjetas de medicamentos con receta (haga una copia del frente y el dorso)

• **Incluya la cantidad total de integrantes del grupo familiar en las siguientes categorías:**

Adultos (18+), incluido usted _____ Niños _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Calle: _____ Unidad: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º telefónico residencial: _____ N.º de teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

Método de contacto preferido: Teléfono Correo electrónico

Mejor hora para llamar: Mañana Tarde Noche Idioma preferido: Inglés Español Otro: _____

Residente de EE. UU.: Sí No

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Relación con el paciente: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Tiene algún tipo de una cobertura de medicamentos con receta? No Sí

Nombre del plan: _____ N.º de identificación: _____

Si elige "Sí", marque todas las opciones que correspondan:

Proporcionada por el empleador o seguro privado

Beneficios de las Fuerzas Armadas o de VA

Programa estatal de asistencia de Medicaid para medicamentos

Medicare D

Otra cobertura de medicamentos con receta: _____

¿Ha recibido una carta de denegación para una solicitud de subsidio por bajos ingresos? Sí* No

*Si la respuesta es "Sí", adjunte una copia de todas las cartas de petición/denegación de su compañía de seguros con la solicitud.

SSDI = Ingreso del Seguro Social por Discapacidad (Social Security Disability Income); SSI = Ingreso Suplementario del Seguro Social (Supplemental Security Income);

VA = Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs)

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Solicitud para el programa de asistencia al paciente de Doptelet

Apellido del paciente: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

Apellido: _____ Nombre: _____ Nombre del consultorio/institución: _____

Calle: _____ Suite: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de Identificador nacional de proveedores (NPI): _____

N.º de la Agencia de Control de Drogas (DEA): _____ N.º de identificación fiscal: _____

N.º de identificación del proveedor médico: _____

Nombre del contacto del consultorio: _____ N.º de teléfono: _____

N.º de fax: _____ Correo electrónico: _____

FIRME AQUÍ Firma del médico prescriptor _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

Mi firma certifica que la persona nombrada en este formulario es mi paciente; que la información proporcionada, a mi leal saber y entender, es completa y precisa; y que el tratamiento con Doptelet es necesario desde el punto de vista médico. Certifico que he obtenido la autorización por escrito de mi paciente, de conformidad con todas las leyes estatales y federales aplicables, para divulgar la información médica de identificación personal incluida en este formulario a Sobi y al programa de apoyo al paciente Doptelet Connect y entiendo que la información que proporcione en este formulario será utilizada por el programa para verificar la cobertura de seguro y la elegibilidad de mi paciente; coordinar la entrega del medicamento con receta de mi paciente; y presentar los servicios de asistencia de Doptelet Connect a mi paciente, incluido el contacto con mi paciente por teléfono o correo para estos fines. Autorizo a Doptelet Connect a que transmita la receta que antecede a la farmacia adecuada para mi paciente. Entiendo que no tengo ninguna obligación de recetar ningún producto de Sobi y que no he recibido ni recibiré ningún beneficio de Sobi por hacerlo. No solicitaré el reembolso de ningún tercero pagador o entidad gubernamental por ningún producto proporcionado de forma gratuita por Doptelet Connect.

Nota especial: Los médicos prescriptores de todos los estados deben cumplir con las leyes aplicables para que la receta sea válida. Los médicos prescriptores de los estados que exigen un formulario de receta oficial deben presentar una receta real junto con este formulario de inscripción.

INFORMACIÓN CLÍNICA Adjunte cualquier nota clínica necesaria.

Trombocitopenia inmune (TPI) crónica en pacientes adultos

Código de diagnóstico de la TPI (CIE-10): D69.3

Otro: _____

Tratamiento previo: _____

Trombocitopenia (TCP) en pacientes adultos con enfermedad hepática crónica (EHC)

Código de diagnóstico de EHC (CIE-10): _____

Código de diagnóstico de TCP (CIE-10): _____

Fecha conocida del procedimiento (DD/MM/AAAA): _____

Comienzo del tratamiento (DD/MM/AAAA): _____

INFORMACIÓN DE LA RECETA

Los médicos prescriptores de todos los estados deben cumplir con las leyes aplicables para que la receta sea válida. En el caso de los médicos prescriptores en estados con requisitos de formulario de receta oficial, como Nueva York, envíe una receta junto con este formulario de conformidad con los estatutos y regulaciones de su estado.

Doptelet® (avatrombopag), comprimidos de 20 mg, 10 unidades (NDC n.º 71369-0020-10)

Doptelet® (avatrombopag), comprimidos de 20 mg, 15 unidades (NDC n.º 71369-0020-15)

Doptelet® (avatrombopag), comprimidos de 20 mg, 30 unidades (NDC n.º 71369-0020-30)

Indicaciones: _____

Cantidad/día: _____ Recuento de plaquetas del paciente: _____ Resurtido(s): _____

Alergias: _____ Otros medicamentos: _____

Firma con sello no permitida

FIRME AQUÍ Firma del médico prescriptor _____ Fecha _____

Entregar según las indicaciones escritas

Firma del médico prescriptor _____ Fecha _____

Sustitución permitida

Solicitud para el programa de asistencia al paciente de Doptelet

Apellido del paciente: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Al firmar este formulario, autorizo a mis planes de salud, otros pagadores, farmacias, y otros proveedores de atención médica ("Proveedores") a compartir información personal y médica relacionada con la necesidad de Doptelet ("Información") por parte del paciente mencionado anteriormente ("Paciente") con Sobi, Inc. y sus contratistas, agentes y distribuidores (colectivamente, "Sobi") que participan en el programa de asistencia al paciente Doptelet Connect para administrar el programa de apoyo al paciente de Sobi Doptelet y cualquier programa de asistencia al paciente de Sobi relacionado, y proporcionarla a la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. u otras agencias gubernamentales (para cumplir con la normativa estatal y federal o los requisitos de elegibilidad para cobertura). Entiendo que algunos proveedores de atención médica y/o farmacias pueden recibir pagos de Sobi o de quienes actúan en nombre de Sobi a cambio de revelar información del paciente a Sobi y/o por proveerle al paciente servicios de apoyo, lo que incluye enviarme comunicaciones, para fines del programa Doptelet Connect.

Entiendo que el hecho de no firmar esta Autorización o revocarla posteriormente no afectará mi capacidad de obtener tratamiento, ni obstaculizará el pago por el tratamiento, o mi elegibilidad o inscripción para recibir beneficios. Entiendo que tengo derecho a conservar una copia de esta Autorización después de firmarla. Entiendo que esta Autorización permanecerá vigente durante cinco (5) años a partir de la fecha en que firme esta Autorización (o durante un período de tiempo menor que pueda requerir la ley estatal), a menos que la revoque antes. Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a Doptelet Connect a la siguiente dirección: Doptelet Connect, PO Box 5490, Louisville, KY 40255-5490.

Entiendo que la revocación entrará en vigencia cuando se le notifique a mis Proveedores. Si revoco la Autorización, mis Proveedores ya no podrán basarse en ella para hacer usos y divulgaciones de Información del paciente, pero eso no invalidará los usos y las divulgaciones que ya hayan hecho mis Proveedores en virtud de esta Autorización. Entiendo que una vez que la Información del paciente se comparte con Sobi en función de esta Autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de Sobi y, por lo tanto, es posible que ya no esté protegida por las regulaciones federales de privacidad, pero Sobi planea usar y divulgar la Información del paciente únicamente como se describe en esta Autorización.

Nombre completo (en letra de imprenta) del paciente: _____

FIRME AQUÍ Firma del paciente _____ Fecha _____

Sé que Sobi puede modificar o interrumpir este programa en cualquier momento. Sé que completar este formulario no es garantía de que recibiré asistencia financiera o terapia. Entiendo que Sobi, Inc. no se compromete a encontrar formas de pagar mi receta, y sé que soy responsable de los costos de mi atención. Además, certifico que la información que he indicado en esta solicitud es verdadera y correcta, y está completa.

Certifico que, a mi leal saber y entender, esta información está completa y es exacta, y que no puedo pagar el medicamento solicitado. Entiendo que es posible que se solicite información adicional para procesar esta solicitud, pero que toda la información financiera y médica se mantendrá confidencial según lo exige la ley. Entiendo que el (los) producto(s) disponible(s) en virtud de este programa se puede(n) denegar si no colaboro plenamente con los esfuerzos realizados para verificar la información proporcionada en esta solicitud, o si no tomo medidas para asegurar los medios alternativos de cobertura de medicamentos con receta, que estén disponible después de enterarme de dichas alternativas. Certifico que no procuraré obtener el reembolso de ningún medicamento entregado como parte de este programa. También me comprometo a notificar a Sobi, Inc. si mis circunstancias cambian o si la información proporcionada ya no está vigente (es decir, cambio en la cobertura del seguro o situación con respecto al empleo). Por la presente autorizo a Sobi, Inc. a obtener y dar a conocer información de médicos y compañías de seguros y otra información según sea necesario para verificar la información proporcionada en esta solicitud, aunque Sobi, Inc. no está obligado a verificar la información incluida en este formulario ni a confirmar otros medicamentos que yo esté tomando.

AUTORIZACIÓN EN VIRTUD DE LA LEY DE INFORMES DE CRÉDITO JUSTO (FAIR CREDIT REPORTING ACT, FCRA): Entiendo que estoy proporcionando instrucciones por escrito que autorizan a Sobi, Inc. y a su proveedor, en virtud de la FCRA, a obtener información de mi perfil de crédito u otra información del proveedor, únicamente con el fin de determinar la cualificación financiera para los programas administrados por Sobi, Inc. Entiendo que debo aceptar afirmativamente estos términos para poder continuar con este proceso de selección financiera. Certifico que cualquier medicamento recibido se utilizará solo para mí y que no se ofrecerá para venta, comercialización o canje. Además, no se presentará ninguna reclamación de reembolso relativa a este medicamento, ni se devolverá ningún medicamento como crédito. Reconozco que Sobi, Inc. tiene fines exclusivos de atención al paciente y no de remuneración de ningún tipo. Entiendo que Sobi, Inc. puede modificar, cambiar o finalizar los programas en cualquier momento.

Nombre completo (en letra de imprenta) del paciente: _____

FIRME AQUÍ Firma del paciente _____ Fecha _____

CONSENTIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN EN DOPTelet CONNECT

Al firmar a continuación, me inscribo en Doptelet Connect (el "Programa"). Autorizo a Sobi, Inc. y a sus filiales, socios comerciales, proveedores y otros agentes (colectivamente, "socios comerciales" y, junto con Sobi, Inc., "Sobi") a proporcionarme los servicios para los que soy elegible en virtud del Programa. Dichos servicios pueden incluir comunicaciones y apoyo para el medicamento y el cumplimiento del tratamiento, apoyo para la entrega del medicamento, apoyo para la cobertura del seguro y la asistencia financiera, educación sobre enfermedades y medicamentos y otros servicios de apoyo ofrecidos ahora o en el futuro. Como parte de las ofertas del Programa, acepto inscribirme en el programa de asistencia para los copagos si soy elegible.

Nombre completo (en letra de imprenta) del paciente: _____

FIRME AQUÍ Firma del paciente _____ Fecha _____