

• Llame a Doptelet Connect™ al **1-833-368-2663** de lunes a viernes, de 8 AM a 8 PM, hora del Este, o visite [DopteletConnectHCP.com](http://DopteletConnectHCP.com)

• Los proveedores de atención médica deben completar y firmar las secciones correspondientes de este formulario, hacer que el paciente firme la Sección 4 y enviarlo por fax a Doptelet Connect al **1-855-686-8729**

**1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO**

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Calle: \_\_\_\_\_ Unidad: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 N.º de teléfono residencial: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Método de contacto preferido:  Teléfono  Correo electrónico Mejor horario para llamar:  Mañana  Tarde  Noche Sexo:  Masculino  Femenino  
 Idioma preferido:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_ Residente de EE. UU.:  Sí  No

**INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
 N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**2 INFORMACIÓN DEL SEGURO** ● **Sin seguro** Proporcione una copia de todas las tarjetas del seguro (frente y dorso).

Nombre completo del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
 Seguro médico principal: \_\_\_\_\_  
 N.º de teléfono del seguro: \_\_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_ N.º de identificación: \_\_\_\_\_  
 Seguro de medicamentos con receta: \_\_\_\_\_ Grupo de receta: \_\_\_\_\_ BIN para la receta: \_\_\_\_\_ PCN para la receta: \_\_\_\_\_

**3 MÉTODO DE ENTREGA PREFERIDO**

Farmacia especializada CVS  Accredo Health Group Inc.  Farmacia especializada Kroger  Farmacia especializada Optum  
 Farmacia especializada Biologics  Nombre de la farmacia dispensadora en el consultorio: \_\_\_\_\_

**4 DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE**

Mi firma en este formulario de inscripción autoriza a mi(s) médico(s), proveedores de atención médica, plan de salud o pagador, y a mi farmacia a divulgarlo a Sobi Inc. ("Compañía") y sus proveedores externos, vendedores y otros Proveedores de servicios que respaldan a Doptelet Connect (en conjunto, los "Proveedores de servicios") (por ejemplo, mi nombre, número de Seguro Social, dirección, número de póliza de seguro e ingresos) y mi afección médica (por ejemplo, mi diagnóstico o mis medicamentos) (en conjunto, "Información de salud protegida o Información de identificación personal"). Esta información puede incluir datos explícitos o escritos sobre mis beneficios de salud y seguro. Puede incluir copias de los registros de mis proveedores de atención médica o planes de salud sobre mi salud o mi atención médica. Entiendo que mis proveedores de atención médica y mi farmacia pueden recibir remuneración o pago por divulgar mi información o proporcionar servicios de apoyo que pueden considerarse comerciales conforme a esta autorización. Entiendo que Doptelet Connect y otros Proveedores de servicios pueden ser compensados por Sobi. Los Proveedores de servicios usarán y divulgarán mi información a (i) para ayudar en mi inscripción en Doptelet Connect y para comunicarse conmigo o con la persona legalmente autorizada para firmar en mi nombre; (ii) proporcionarme a mí o a la persona legalmente autorizada para firmar en mi nombre material educativo y otros materiales de información relacionados con las ofertas de Doptelet Connect; (iii) verificar, investigar, organizar y coordinar mi cobertura para Doptelet® (avatrombopag) con mi pagador; (iv) coordinar el cumplimiento de la receta; (v) evaluar mi elegibilidad para programas de asistencia al paciente, si es necesario y aplicable; y (vi) colaborar con los análisis de la eficiencia y el desempeño de los Servicios prestados por los Proveedores de servicios. Como parte de mi inscripción en Doptelet Connect, acepto inscribirme en el Programa de asistencia con copagos de Doptelet si soy elegible. En algunos casos, los Proveedores de servicios pueden eliminar la identificación de mi información y usar o divulgar la información sin identificación (en forma individual o combinada) para cualquier fin comercial legítimo. Entiendo que los Proveedores de servicios harán todo lo posible para mantener la privacidad de mi información; sin embargo, comprendo que una vez que se haya divulgado mi información a los Proveedores de servicios, es posible que la forma en que los Proveedores de servicios siguen divulgando mi información ya no esté protegida en virtud de las leyes federales y estatales de privacidad. Esta autorización durará tres (3) años a partir de la fecha de mi firma o hasta que ya no reciba Doptelet o esté inscrito en Doptelet Connect, lo que suceda más tarde, a menos que la ley estatal exija un período más corto. Comprendo que no tengo que firmar esta autorización, pero si no lo hago, no podré verificar mi cobertura de seguro, buscar fuentes alternativas de asistencia o acceder a otro apoyo proporcionado por o en nombre de Doptelet Connect. Mi decisión de firmar o no este formulario no cambiará la forma en que mis médicos, proveedores de atención médica o pagadores me tratan. Si ya no deseo participar en Doptelet Connect, informaré a mis proveedores de atención médica o a los administradores de Doptelet Connect por escrito a Doptelet Connect en 150 Hilton Drive, Jeffersonville, IN 47130, que no quiero que compartan más información con los proveedores de servicios, pero no cambiará ninguna acción que haya tenido lugar antes de que les informara sobre mi decisión. Tengo derecho a revocar o cancelar esta autorización, por escrito, en cualquier momento mediante notificación por escrito a mis proveedores de atención médica o a los administradores de Doptelet Connect. La cancelación de esta autorización será válida cuando sea recibida por los administradores de Doptelet Connect. Entiendo que una cancelación no es efectiva en la medida en que cualquier persona o entidad ya haya actuado sobre la base de mi autorización. Sé que tengo derecho a ver o solicitar una copia de la información que mis proveedores de atención médica o pagadores han proporcionado a los Proveedores de servicios. Si se me está evaluando para el programa de asistencia al paciente (PAP) de Doptelet, acepto que la Compañía y los Proveedores de servicios usen mi información demográfica, incluidos, entre otros, número de Seguro Social, fecha de nacimiento, nombre o dirección, según sea necesario, para acceder a mi información crediticia y a la información de fuentes públicas y de otro tipo, incluida la información de una agencia de informes de consumidores (oficina de crédito), y para estimar mis ingresos junto con el proceso de determinación de la elegibilidad realizado al revisar la elegibilidad en virtud del PAP. La Compañía y los Proveedores de servicios se reservan el derecho de solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento. Acepto notificar a mis proveedores de atención médica si en el futuro tengo conocimiento de cambios que pudieran afectar mi elegibilidad, incluidos, entre otros, cambios en el estado o la cobertura del seguro médico, el estado financiero y el estado de residencia en los Estados Unidos. Si recibo los servicios ofrecidos en Doptelet Connect, acepto que la Compañía y los Proveedores de servicios se comuniquen conmigo por correo electrónico o teléfono celular utilizando la información de contacto proporcionada en este formulario de inscripción.

**FIRME AQUÍ** Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Apellido del paciente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**5 INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre del consultorio/institución: \_\_\_\_\_  
 Calle: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 N.º de Identificador nacional de proveedores (NPI): \_\_\_\_\_  
 N.º de identificación del proveedor de Medicaid: \_\_\_\_\_ N.º de identificación fiscal: \_\_\_\_\_  
 Nombre del contacto del consultorio: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
 N.º de fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**6 DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA**

Por la presente, doy fe de que soy el proveedor de atención médica que emite las recetas y acepto presentar solicitudes a Doptelet Connect porque he determinado que Doptelet<sup>®</sup> (avatrombopag) es medicamento apropiado y le he explicado esto a mi paciente. Certifico que he recibido la autorización necesaria para divulgar la información mencionada anteriormente y otra información médica protegida (según lo definido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos [HIPAA] de 1996) a los Proveedores de servicios con el fin de brindar a mi paciente asistencia para el acceso a Doptelet y su reembolso, ayudar en el inicio o la continuación de la terapia o la evaluación de la elegibilidad del paciente para recibir apoyo. Autorizo a los Proveedores de servicios, como mi agente designado y en nombre de mis pacientes, a enviar una receta para Doptelet, por fax u otros medios en virtud de la ley aplicable a una farmacia apropiada que entregue Doptelet. También certifico que esta receta cumple con todas las leyes estatales y locales aplicables. Acepto notificar a los prestadores de servicios si en cualquier momento en el futuro notifica cambios en las circunstancias de mi paciente que pudieran afectar su elegibilidad, incluidos, entre otros, cambios en el estado o la cobertura del seguro médico, el estado financiero o el estado de residencia en los Estados Unidos. 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. Además, no solicitaré el reembolso de ningún tercero pagador ni entidad gubernamental por ningún producto proporcionado de forma gratuita por Doptelet Connect. Reconozco que puedo ser contactado por correo electrónico, correo postal, o fax usando la información que he proporcionado y comprendo que Doptelet Connect usará y divulgará mi información personal de acuerdo con la política de privacidad de Sobi, disponible en <https://sobi-northamerica.com/privacy-policy>.

**FIRME AQUÍ** Firma del médico que receta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**7 INFORMACIÓN CLÍNICA** Adjunte cualquier nota clínica necesaria.

**Trombocitopenia inmunitaria (TPI) crónica en pacientes adultos**

Código de diagnóstico de la TPI (CIE-10): D69.3  
 Otro: \_\_\_\_\_  
 Tratamiento previo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Recuento plaquetario del paciente: \_\_\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_ Otros medicamentos: \_\_\_\_\_

**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): \_\_\_\_\_

**8 RECETA DE LA FARMACIA**

La persona que receta debe cumplir con los requisitos de receta específicos de su estado, como receta electrónica, formularios de receta específicos de su estado, texto para el fax, etc. Si se incumplen los requisitos específicos del estado, se podrá contactar al médico que receta.

- Doptelet<sup>®</sup> (avatrombopag) comprimidos de 20 mg 10 unidades (NDC N.º 71369-0020-10)
- Doptelet<sup>®</sup> (avatrombopag) comprimidos de 20 mg 15 unidades (NDC N.º 71369-0020-15)
- Doptelet<sup>®</sup> (avatrombopag) comprimidos de 20 mg 30 unidades (NDC N.º 71369-0020-30)

Indicaciones: \_\_\_\_\_  
 Cantidad/día: \_\_\_\_\_  Reposición(es): \_\_\_\_\_

**9 RECETA DE OFERTA PARA PRUEBA GRATUITA**

La oferta para prueba gratuita proporciona un suministro de quince (15) días de Doptelet, sin costo, a pacientes con TPI que toman Doptelet por primera vez; tienen 18 años o más; residen en los Estados Unidos o sus territorios; y tienen una receta aprobada según las indicaciones del fármaco. Los pacientes solo pueden participar en la oferta una vez. El suministro de 15 días por única vez se enviará directamente a los pacientes elegibles. Sobi, Inc. se reserva el derecho de modificar, rescindir, o revocar la oferta en cualquier momento sin aviso.

- Doptelet<sup>®</sup> (avatrombopag) comprimidos de 20 mg 15 unidades (según las directrices del programa)
- Quisiera que mi paciente participara solo en la oferta sin inscribirse en Doptelet Connect.**

Indicaciones: \_\_\_\_\_

**FIRME AQUÍ** Firma del médico que receta \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Entregar según las indicaciones escritas

Firma del médico que receta \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Sustitución permitida

Firma del médico que receta \_\_\_\_\_ **FIRME AQUÍ**

Fecha \_\_\_\_\_

CIE-10=Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición;  
 NDC=Código Nacional de Medicamentos (National Drug Code).