

• Llame a Doptelet Connect™ al **1-833-368-2663** de lunes a viernes de 8 A. M. a 8 P. M. hora del Este, o visite DopteletConnectHCP.com

• Cumplimente y firme esta solicitud y, a continuación, envíela por fax a Doptelet Connect al **1-855-686-8729**

1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

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

Teléfono particular: _____ Teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____

Método de contacto preferido: Teléfono Correo electrónico Mejor hora para llamar: Mañana Tarde Noche Sexo: Masculino Femenino

Idioma preferido: Inglés Español Otro: _____ Residente de EE. UU.: Sí No

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Apellido: _____ Nombre: _____ Relación con el paciente: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

2 INFORMACIÓN FINANCIERA

Proporcione documentos financieros de apoyo

- Declaración fiscal federal o estatal del año fiscal más reciente
- Talonarios de pago de los 3 períodos de pago más recientes
- Carta de adjudicación de SSDI/SSI
- W-2 actual
- Formulario 1099

Si no hay ninguna prueba de ingresos disponible, el paciente o su representante autorizado puede completar una declaración de ingresos notariada o proporcionar una certificación.

Ingresos brutos anuales totales del hogar \$ _____ Incluido número total de miembros del hogar de: Adultos (18+) _____ Niños _____

3 INFORMACIÓN DEL SEGURO Proporcione copias de todas las tarjetas del seguro médico y de prescripción (anverso y reverso).

¿Dispone el paciente de algún tipo de cobertura de seguro? Sí No

Nombre completo del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del Titular de la póliza: ____ / ____ / ____

Seguro médico primario: _____

Teléfono del seguro: _____ N.º de grupo: _____ N.º de Identificación: _____

Seguro de prescripción: _____ RxGrupo: _____ RxBIN: _____ RxPCN: _____

4 AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Mi firma a continuación certifica que he leído, entiendo y acepto la Declaración de autorización del paciente en la sección 5 de la página 2.

FIRME AQUÍ Firma del paciente: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

○

FIRME AQUÍ Firma del representante autorizado: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Firmo en nombre del paciente y afirmo que tengo el derecho legal de hacerlo, a través de un poder notarial válido para actuar en nombre del paciente.

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

5 DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Mi firma en esta solicitud para el Programa de asistencia al paciente de Doptelet ("PAP" o "Programa"), autoriza a mi(s) médico(s), a los proveedores de atención médica, al plan de salud o al pagador y a mi farmacia a divulgar información sobre mí a Sobi Inc. ("Compañía") y sus proveedores externos, vendedores y otros proveedores de servicios que prestan asistencia a Doptelet Connect (colectivamente, los "Proveedores de servicios"). Esta información puede incluir, entre otros, mi número de Seguro Social, la fecha de nacimiento, el nombre y/o la dirección, según sea necesario, para acceder a mi información de crédito e información derivada de fuentes públicas y de otro tipo, incluida la información de una agencia de notificación de consumidores (oficina de crédito), así como mi afección médica (por ejemplo, mi diagnóstico o medicamentos) (en conjunto, "Información médica protegida y/o información personal identificable"). La información personal identificable puede utilizarse para estimar mis ingresos junto con la evaluación de mi elegibilidad financiera, así como mi elegibilidad general, bajo el Doptelet PAP y para inscribirme en Doptelet Connect. La información personal identificable utilizada por los Proveedores de servicios puede incluir datos verbales o escritos sobre mis beneficios de salud y seguros. Puede incluir copias de registros de mis proveedores de atención médica o planes de salud sobre mi salud o atención médica. Entiendo que mis proveedores de atención médica y mi farmacia pueden recibir remuneración o pago por divulgar mi información de conformidad con esta autorización. Entiendo que Sobi puede compensar a Doptelet Connect y a otros Proveedores de servicios. Entiendo que los Proveedores de servicios se reservan el derecho a solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento. Acepto notificar a mis proveedores de atención médica si en el futuro me entero de cambios que pudieran afectar a mi elegibilidad, incluidos, entre otros, cambios en el estado o la cobertura de los seguros médicos, el estado financiero y la residencia en los Estados Unidos.

Los Proveedores de servicios utilizarán y facilitarán mi información para (i) evaluar mi elegibilidad en virtud de Doptelet PAP; (ii) inscribirme en Doptelet PAP, si se determina que soy elegible; (iii) proporcionarme a mí y/o a la persona legalmente autorizada para firmar en mi nombre con información y material educativo; (iv) verificar mi elegibilidad para la reinscripción en el Doptelet PAP, si procede; y (v) asistir con análisis de las eficacias y el rendimiento de los servicios proporcionados por Proveedores de servicios. Si soy elegible para participar en el Doptelet PAP, entiendo que no se garantiza la continuación de la inscripción en el Programa y que la reinscripción no es automática. En algunos casos, los Proveedores de servicios pueden anonimizar mi información y utilizar o divulgar la información anonimizada (en forma individual o agregada) para cualquier fin comercial legítimo. Entiendo que los Proveedores de servicios harán todo lo razonablemente posible para mantener la privacidad de mi información; sin embargo, entiendo que una vez que mi información se haya divulgado a los Proveedores de servicios, la manera en que estos divulguen posteriormente mi información hará que esta ya pueda no estar protegida por las leyes federales y estatales de privacidad.

Entiendo que no puedo presentar una reclamación ni solicitar el reembolso o crédito por el producto que reciba en virtud del Doptelet PAP de mi proveedor de seguros o pagador. No se puede cobrar a ningún pagador, tercero o paciente por el producto de PAP proporcionado en virtud de este programa de PAP.

Esta autorización durará tres (3) años a partir de la fecha de mi firma o hasta que ya no esté inscrito en el Doptelet PAP, lo que ocurra más tarde, a menos que la legislación estatal exija un periodo más corto. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización, pero si decido no firmarla, Doptelet Connect no podrá evaluar mi elegibilidad para participar en el Doptelet PAP.

Si recibo servicios ofrecidos por Doptelet Connect, acepto permitir que los proveedores del servicio se pongan en contacto conmigo por correo electrónico o teléfono móvil utilizando la información de contacto proporcionada en esta solicitud. Recibir mensajes de texto es opcional y puedo participar en el Doptelet PAP sin aceptar recibir mensajes de texto. Entiendo que al proporcionar mi número de teléfono móvil en esta solicitud acepto recibir mensajes de texto con las siguientes condiciones:

- Los Proveedores de servicios pueden enviar un mensaje de texto pregrabado marcado automáticamente (se aplican tarifas de datos y mensajes de texto estándar).
- Puedo elegir excluirme en cualquier momento llamando al 1-833-368-2663 o respondiendo "STOP" a los mensajes de texto.
- Los Proveedores de servicios no son responsables si no se proporciona una comunicación debido a problemas técnicos como problemas con el servidor, interrupciones del servicio del operador telefónico o interrupción del servicio.
- Soy consciente de que cualquier persona que pueda abrir o tener acceso a mi teléfono podría ver los mensajes de texto.
- Si mi operador móvil no participa en los servicios de mensajería de texto, no recibiré mensajes de texto.
- NO PUEDO notificar quejas sobre productos o eventos adversas (como efectos secundarios) por mensaje de texto. Para notificar estos, llame a Doptelet Connect al 1-833-368-2663.

Esta Declaración de autorización se rige e interpreta de acuerdo con las leyes del estado de Massachusetts, excluyendo las normas de conflicto de leyes de Massachusetts y la legislación federal aplicable.

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

6 INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Apellido: _____ Nombre: _____ Nombre del consultorio/institución: _____
 Calle: _____ Oficina: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 N.º NPI: _____ N.º de ID del proveedor de Medicaid: _____ N.º de identificación fiscal: _____
 Nombre de contacto de la oficina: _____ Teléfono: _____
 Fax: _____ Correo electrónico: _____

7 DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Mi firma certifica que la persona nombrada en esta solicitud es mi paciente; que la información proporcionada en esta solicitud, a mi leal saber y entender, es completa y exacta; y que el tratamiento con Doptelet es médicamente necesario y que así se lo he explicado a mi paciente. Certifico que he recibido la autorización necesaria para divulgar la información anteriormente mencionada y otra información médica protegida (según se define en la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos [HIPAA] de 1996) para divulgar la información médica identificable individualmente a Doptelet Connect con el fin de evaluar la elegibilidad de mi paciente en virtud del Programa de asistencia a pacientes (PAP) de Doptelet. Si mi paciente es elegible para el Doptelet PAP, autorizo a Doptelet Connect a transmitir la prescripción a la farmacia adecuada. Acepto notificar a los Proveedores de servicios si tengo conocimiento en cualquier momento en el futuro de cambios en las circunstancias de mi paciente que afectarían a su elegibilidad, incluidos, entre otros, cambios en el estado o la cobertura del seguro de salud, financieros o en la residencia en los Estados Unidos. Entiendo que no tengo ninguna obligación de prescribir ningún producto de Sobi y que no he recibido ni recibiré ningún beneficio de Sobi por hacerlo. Además, (i) no solicitaré el reembolso de ningún tercero pagador o entidad gubernamental por ningún producto proporcionado de forma gratuita en virtud del Doptelet PAP; (ii) entiendo que no se puede cobrar a ningún paciente por Doptelet proporcionado en virtud del PAP y (iii) que el fármaco como parte del Doptelet PAP no está supeditado a futuras compras o recetas de Doptelet.

Nota especial: Los prescriptores de todos los estados deben seguir las leyes aplicables para una prescripción válida. Los prescriptores en estados con requisitos oficiales de formularios de prescripción deben presentar una prescripción real junto con esta solicitud.

Reconozco que puedo ser contactado por correo electrónico, correo postal o fax utilizando la información que he proporcionado, y entiendo que Doptelet Connect utilizará y divulgará mi información personal de acuerdo con la política de privacidad de Sobi, disponible en sobi.com/usa/en/privacy-policy-us.

FIRME AQUÍ Firma del prescriptor _____ Fecha: ____/____/____
La firma del sello no está permitida. Este formulario no se puede procesar sin una firma original.

8 INFORMACIÓN CLÍNICA Adjunte cualquier nota clínica aplicable.

<input type="radio"/> Trombocitopenia inmunitaria (ITP) crónica en pacientes adultos Código de diagnóstico de ITP (ICD-10): D69.3 Otro: _____ Tratamiento previo: _____ _____ Recuento de plaquetas del paciente: _____ Alergias: _____ Otros medicamentos: _____	<input type="radio"/> Trombocitopenia (TCP) en pacientes adultos con enfermedad hepática crónica (CLD) Código de diagnóstico de CLD (ICD-10): _____ Código de diagnóstico de TCP (ICD-10): _____ Fecha conocida del procedimiento (MM/DD/AAAA): _____ Comience a tomar (MM/DD/AAAA): _____
---	---

9 PRESCRIPCIÓN DE FARMACIA

El prescriptor debe cumplir con los requisitos de prescripción específicos de su estado, como la prescripción electrónica, los formularios de prescripción específicos del estado, el texto del fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado puede dar lugar a una notificación al prescriptor.

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

Instrucciones: _____
 Cantidad/día: _____ Resurtido(s): _____

FIRME AQUÍ Firma del prescriptor _____ Fecha: ____/____/____
La firma del sello no está permitida. Este formulario no se puede procesar sin una firma original.

Dispensar tal y como está escrito **Se permite la sustitución**

ICD-10 = Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición; NDC = Código Nacional de Medicamentos.