

- Llame a Doptelet Connect™ al **1-833-368-2663** de lunes a viernes, de 8:30 A. M. a 7 P. M., hora del este, o visite DopteletConnect.com

- Envíe el formulario completado por fax a Doptelet Connect al **1-855-686-8729** o por correo electrónico a DopteletConnect@AssistRx.com
- Para completar su consentimiento en línea, visite SobiPatientSupport.iasist.com

Doptelet Connect ofrece apoyo de acceso y reembolso para ayudar a los pacientes a acceder a Doptelet® (avatrombopag). Doptelet Connect proporciona información sobre la cobertura del seguro del paciente e información de asistencia financiera que puede estar disponible para ayudar a los pacientes con necesidades financieras.

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: _____
 N.º de teléfono del hogar: _____ N.º de teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____
 Método de contacto preferido: ☐ N.º de teléfono ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico Mejor hora para llamar: ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche
 Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
 Idioma preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____ Residente de los EE. UU.: ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Apellido: _____ Nombre: _____ Relación con el paciente: _____
 N.º de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

2 INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Apellido: _____ Nombre: _____
 Nombre del consultorio/institución: _____ Teléfono: _____
 Calle: _____ Oficina: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

3 DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Mi firma a continuación certifica que he leído, comprendido y aceptado la Declaración de autorización del paciente a continuación y en la página 2.

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

○

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

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

Mi firma en este formulario autoriza a mis médicos, proveedores de atención médica, plan de salud o pagador y a mi farmacia a divulgar a Sobi Inc. ("Compañía") y a sus terceros proveedores, vendedores y otros proveedores de servicios que apoyan a Doptelet Connect (colectivamente, los "Proveedores de servicios") información sobre mí (por ejemplo, mi nombre, dirección, número de póliza de seguro e ingresos) y mi afección médica (por ejemplo, mi diagnóstico o medicamentos) (en conjunto, "Información médica protegida o Información de identificación personal"). Esta Información de identificación personal puede incluir datos verbales o escritos sobre mis beneficios de salud y de seguro. Puede incluir copias de los registros sobre mi salud o mi atención médica de mis proveedores de atención médica o planes de salud. Comprendo que mis proveedores de atención médica y mi farmacia pueden recibir una remuneración, o pago, por divulgar mi información de conformidad con esta Autorización.

Entiendo que Sobi puede recompensar a los Proveedores de servicios. Los Proveedores de servicios utilizarán y divulgarán mi información para (i) 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 informativos relacionados con las ofertas de Doptelet Connect; (iii) verificar, investigar, ayudar con y coordinar mi cobertura de Doptelet® (avatrombopag) con mi pagador; (iv) coordinar el surtido de recetas; (v) evaluar mi elegibilidad para la asistencia o beneficios del paciente, si es necesario y aplicable; y (vi) ayudar con los análisis de las eficiencias y el rendimiento de los servicios prestados por los Proveedores de servicios.

(continúa en la página 2)

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

3 DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE (continuación)

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 colectiva) para cualquier fin comercial legítimo. Entiendo que los Proveedores de servicios harán esfuerzos razonables para mantener mi información privada; sin embargo, entiendo que una vez que mi información haya sido revelada a los Proveedores de servicios, la forma en que los Proveedores de servicios revelen mi información puede ya no estar protegida bajo 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 esté recibiendo Doptelet® (avatrombopag) 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 es obligatorio firmar esta Autorización, pero si no lo hago, es posible que no se pueda verificar mi cobertura de seguro, que se investiguen fuentes alternativas de asistencia o que acceda a otro tipo de apoyo proporcionado por Doptelet Connect o en nombre de este. Mi decisión de firmar o no este formulario no cambiará la forma en que mis médicos, proveedores de atención médica o pagadores me traten. Si ya no deseo participar en Doptelet Connect, informaré a Doptelet Connect por escrito que no deseo que compartan más información con los Proveedores de servicios, pero no cambiará ninguna acción que haya tenido lugar antes de que les informara. Tengo derecho a revocar o cancelar esta Autorización, por escrito, en cualquier momento mediante notificación por escrito a Doptelet Connect a PO Box 592188, Orlando, FL 32859. 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 con base en 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 estoy siendo evaluado para recibir asistencia del Programa de asistencia al paciente (PAP) de Doptelet, estoy de acuerdo en permitir que los Proveedores de servicios usen mi información demográfica, incluidos, pero no limitado a, mi número de Seguro Social, fecha de nacimiento, nombre o dirección según sea necesario para acceder a mi información crediticia e información derivada de fuentes públicas y otras fuentes, incluida información de una agencia de informes del consumidor (oficina de crédito), para estimar mis ingresos en conjunto con el proceso de determinación de elegibilidad realizado al revisar la elegibilidad en el PAP. Los Proveedores de servicios se reservan el derecho de solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento. Si soy elegible para participar en el PAP de Doptelet comprendo que: (i) no se garantiza la inscripción continua en el PAP, (ii) la reinscripción no es automática, (iii) no puedo presentar una reclamación ni solicitar un reembolso o crédito por el medicamento que recibo en virtud del PAP de Doptelet de mi proveedor de seguros o pagador, y (iv) no se puede cobrar a ningún pagador, tercero o paciente por el medicamento del PAP proporcionado dentro del programa. Acepto notificar a los proveedores de atención médica si en el futuro tengo conocimiento de cambios que pudieran afectar mi elegibilidad, incluidos, pero no limitado a, cambios en el estado o cobertura del seguro médico, estado financiero y residencia en los Estados Unidos.

Acepto permitir que los Proveedores de servicios se comuniquen conmigo por correo electrónico o teléfono celular usando la información de contacto proporcionada en este formulario, a menos que informe a Doptelet Connect que no deseo recibir mensajes de texto. Comprendo que recibir mensajes de texto es opcional y que puedo participar en Doptelet Connect sin aceptar recibir mensajes de texto. Entiendo que al proporcionar mi número de teléfono celular en este formulario acepto recibir mensajes de texto con las siguientes condiciones:

- Los Proveedores de servicios pueden enviar un mensaje de texto pregrabado de marcación automática (se aplican las tarifas estándares de mensajes de texto y datos).
- Puedo cancelar mi participación en cualquier momento llamando al 1-833-368-2663 o respondiendo "DETENER" a los mensajes de texto.
- Los Proveedores de servicios no son responsables si no se entrega una comunicación debido a dificultades técnicas, como problemas con el servidor, cortes de operadores telefónicos o discontinuación del servicio.
- Sé 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 informar quejas sobre el medicamento o eventos adversos (como efectos secundarios) por mensaje de texto. Para informarlos, 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, excluidas las normas de conflicto de leyes de Massachusetts y la ley federal aplicable.