

• 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 [Doptelet.com](http://Doptelet.com)

• Envíe el formulario completo por fax a Doptelet Connect al **1-855-686-8729** o por correo electrónico a [dopteletconnect@pharmacord.com](mailto:dopteletconnect@pharmacord.com)

**Doptelet Connect ofrece acceso y apoyo de 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 económica que puede estar disponible para ayudar a los pacientes con necesidades económicas. Doptelet Connect puede:**

- **Evaluar la cobertura del seguro de un paciente, lo que incluye la investigación de beneficios, la autorización previa y el apoyo para apelar**
- **Identificar posibles opciones de asistencia financiera que puedan estar disponibles para ayudar a los pacientes con necesidades financieras**
- **Responder preguntas logísticas y proporcionar información y coordinación en torno al proceso de cumplimiento de farmacias especializadas**

## 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 residencial: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## 2 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: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## 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 mediante un poder notarial válido para actuar en representación 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 divulgar 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") información acerca de mí (por ejemplo, mi nombre, dirección, número de póliza de seguro e ingresos) y mi afección médica (por ejemplo, mi diagnóstico o mis medicamentos) (en conjunto, "Información médica protegida o Información de identificación personal"). Esta información de identificación personal 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 conforme a esta Autorización. (continúa en la página 2)

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

### 3 DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE (continuación)

Entiendo que los 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 beneficios y/o 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. 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 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, a Doptelet Connect, PO Box 5490, 2240 Taylorsville Rd, Suite 1, Louisville, KY 40255. 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 recibir asistencia en el Programa de asistencia al paciente (PAP) de Doptelet, acepto permitir que los Proveedores de servicios usen mi información demográfica, incluidos, entre otros, mi 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. 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 la residencia en los Estados Unidos.

Si recibo los servicios ofrecidos en Doptelet Connect, acepto permitir que los Proveedores de servicios se comuniquen conmigo por correo electrónico o teléfono celular utilizando la información de contacto proporcionada en este formulario de inscripción. Recibir mensajes de texto es opcional y puedo participar en Doptelet Connect sin aceptar recibir mensajes de texto. Entiendo que al proporcionar mi número de teléfono móvil en este formulario de inscripción acepto recibir mensajes de texto con las siguientes condiciones:

- Los proveedores de servicios pueden enviar un mensaje de texto pregrabado automáticamente (se aplican tarifas de datos y de mensajes de texto estándar).
- Puedo cancelar mi participación 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 entrega una comunicación debido a dificultades técnicas, como problemas con el servidor, interrupciones 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 informar quejas sobre el producto ni eventos adversos (como efectos secundarios) por mensaje de texto. Para informar sobre estas situaciones, 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 ley federal aplicable.