

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Comprimidos de Oxbritya® (voxelotor)

Debe ser completado por el

**MÉDICO QUE EMITE LA RECETA**



**Enviar por fax a: (888) 418-4178** Teléfono: (833)-GBT-4YOU (833-428-4968)

Para evitar retrasos, complete **TODOS** los campos y envíe un fax al (888) 418-4178. Para obtener ayuda adicional, llame al número de teléfono que aparece más arriba.

GBT Source Solutions ofrece los siguientes servicios: Investigación de beneficios, asistencia con la autorización previa, asistencia para apelaciones, asistencia financiera para pacientes elegibles y apoyo del personal de enfermería. Para obtener más información sobre los servicios disponibles para su paciente, descargue el Folleto para el paciente de GBT Source en <https://oxbritya.com/pdf/gbt-source-brochure-esp.pdf>.

## PASO 1: Información del paciente

Nombre del paciente	Inicial del segundo nombre	Apellido
Dirección	N.º de apt.	
Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
N.º de teléfono particular del paciente	N.º de teléfono móvil del paciente	
N.º de teléfono alternativo del paciente	Dirección de correo electrónico del paciente	
¿Permiso para dejarle un mensaje al paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

## Cuidador autorizado (No omitir; completar)

Nombre del cuidador autorizado	Relación con el paciente	N.º de teléfono del cuidador autorizado	Correo electrónico del cuidador autorizado
¿Permiso para dejar un mensaje al cuidador autorizado en nombre del paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

## PASO 2: Información del seguro

¿El paciente ha comenzado el tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El paciente tiene seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La receta del paciente será pagada en su totalidad o en parte por un programa financiado por el gobierno, como Medicaid, Medicare, Medicare Parte D, Tricare, Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA) o el Departamento de Defensa (Department of Defense, DOD)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Complete la información que aparece a continuación. Si está disponible, también envíe por fax una copia del frente y el dorso de las tarjetas de seguro médico y de beneficios recetados del paciente.

### Seguro médico/de salud

Nombre del seguro	N.º de teléfono	N.º de ID de la póliza	N.º de grupo
Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento		Relación con el paciente

### Seguro secundario

Nombre del seguro	N.º de teléfono	N.º de ID de la póliza	N.º de grupo
-------------------	-----------------	------------------------	--------------

## PASO 3: Información del médico que emite la receta

Nombre del médico que emite la receta	Apellido
Especialidad médica	

## Información del consultorio

Nombre del consultorio/clínica/institución		
Dirección	N.º de suite	
Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono del consultorio	N.º de fax del consultorio	
N.º de Identificador de proveedor nacional (National Provider Identifier, NPI) del médico	N.º de identificación fiscal	N.º de licencia del estado
Contacto del consultorio	N.º de teléfono de contacto del consultorio	Correo electrónico de contacto del consultorio

Lea todo el formulario, complete **TODOS** los campos del formulario y, a continuación, envíe por fax todas las páginas al (888) 418-4178.

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Comprimidos de Oxbritya® (voxelotor)

Debe ser completado por el

**MÉDICO QUE EMITE LA RECETA**



Enviar por fax a: (888) 418-4178

Teléfono: (833)-GBT-4YOU (833-428-4968)

Para evitar retrasos, complete **TODOS** los campos y envíe un fax al (888) 418-4178. Para obtener ayuda adicional, llame al número de teléfono que aparece más arriba.

## PASO 4: Diagnóstico e información clínica

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento del paciente
Diagnóstico principal según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª edición (CIE-10): <input type="checkbox"/> D57 <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Enumere los medicamentos/tratamientos simultáneos	<input type="checkbox"/> Certifico que estoy al tanto del potencial de interacción farmacológica
Alergias farmacológicas y no farmacológicas	<input type="checkbox"/> Sin alergias conocidas a fármacos

## PASO 5: Información de prescripción de Oxbritya 500 mg/comp.

Dosis: <b>Comprimidos de 500 mg de Oxbritya</b>	Cantidad: <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> Otra: _____	N.º del Código Nacional de Drogas (National Drug Code, NDC) <b>72786-0101-01</b>
Instrucciones (SIG): <input type="checkbox"/> Tome 3 comprimidos por vía oral una vez al día <input type="checkbox"/> Otras: _____	Cantidad de resurtidos autorizados: _____ <input type="checkbox"/> Sin resurtidos	

Enviaré la receta electrónica directamente a la farmacia especializada

Si esta sección no cumple con las leyes sobre recetas de su estado, proporcione una receta que cumpla. Médicos que emiten recetas en el Estado de Nueva York: envíen una receta electrónica o una Receta serializada oficial de Nueva York junto con este formulario de inscripción.

## PASO 6: Certificación y firma del médico

### PARA EL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA

Escriba el nombre del médico que emite la receta, en letra de imprenta	Fecha
Firma del médico que emite la receta  (Dispensar según lo escrito/no reemplazar)	Firma del médico que emite la receta  (Se permite la sustitución)



**(EL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA DEBE FIRMAR MANUALMENTE. No se aceptarán sellos de goma, la firma de otro miembro del personal del consultorio en nombre del médico que emite la receta ni firmas generadas por computadora).**

### Al firmar más arriba, yo, como médico que emite la receta, certifico que:

- 1) La información proporcionada en este formulario fue completada por mí o de acuerdo con mis instrucciones. El tratamiento anterior es médicamente necesario para este paciente y yo supervisaré el tratamiento del paciente, y la información proporcionada aquí es completa y exacta a mi leal saber y entender.
- 2) He informado a mi paciente sobre los recursos disponibles en el programa de GBT Source y he confirmado los deseos de mi paciente (o de sus respectivos cuidadores) de inscribirse en el programa. He obtenido todos los permisos del paciente necesarios y he cumplido con todas las leyes federales y estatales para revelar la información proporcionada a Global Blood Therapeutics, GBT Source Solutions y sus contratistas y agentes ("GBT") con los fines descritos aquí.
- 3) Entiendo que la información proporcionada aquí será utilizada para los propósitos de GBT Source Solutions, para investigar y verificar los beneficios de la cobertura del seguro del paciente para Oxbritya, coordinar la dispensación y entrega de Oxbritya, ayudar con el inicio o la continuación de la terapia, proporcionar información para la autorización previa y la apelación, verificar la elegibilidad para un programa de copago y referencias de la fundación de asistencia con el copago, proporcionarme a mí y a mi paciente otra información y apoyo asociados con Oxbritya, y para propósitos empresariales internos de GBT, como llevar a cabo el control de calidad, el análisis de datos y la recopilación de datos para mejorar el apoyo y los recursos del paciente.
- 4) No solicitaré a ningún programa gubernamental o asegurador externo el reembolso por Oxbritya dispensado al paciente a través del Programa de asistencia al paciente (PAP) de GBT Source.
- 5) No he recibido ni recibiré ningún pago o beneficio de GBT por recetar Oxbritya.
- 6) Autorizo que la receta que antecede sea enviada a la farmacia apropiada utilizando el plan de beneficios del paciente, y entiendo que debo cumplir con los requisitos específicos sobre recetas del estado donde ejerzo mi profesión. Cualquier incumplimiento de los requisitos específicos del estado puede dar como resultado que la farmacia se comunique conmigo.

Lea todo el formulario, complete **TODOS** los campos del formulario y, a continuación, envíe por fax todas las páginas al (888) 418-4178.

## Comprimidos de Oxbryta® (voxelotor)

DEBE SER COMPLETADO

POR **EL PACIENTE**

Enviar por fax a: (888) 418-4178 | Teléfono: (833)-GBT-4YOU (833-428-4968)

Para evitar retrasos, complete **TODOS** los campos y envíe un fax al (888) 418-4178. Para obtener ayuda adicional, llame al número de teléfono que aparece más arriba.

GBT Source Solutions ofrece los siguientes servicios: Investigación de beneficios, asistencia con la autorización previa, asistencia para apelaciones, asistencia financiera para pacientes elegibles y apoyo del personal de enfermería. Para obtener más información sobre el apoyo que proporciona GBT Source Solutions, descargue el Folleto para el paciente de GBT Source en <https://oxbryta.com/pdf/gbt-source-brochure-esp.pdf>.

**Al firmar este formulario de Autorización del paciente, autorizo a mis proveedores de atención médica, farmacias y a mi(s) plan(es) de salud a revelar y compartir mi Información personal y médica (tal como se define a continuación)** con Global Blood Therapeutics, el fabricante de Oxbryta, GBT Source Solutions, y sus contratistas y agentes (todos denominados “GBT”). GBT puede, a su vez, revelar, usar y compartir mi Información personal con mis proveedores de atención médica, farmacias y plan(es) de salud. **LA INFORMACIÓN QUE SE COMPARTA** incluirá Información personal y médica sobre mí, como, entre otras cosas, mi nombre completo, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento, beneficios y cobertura del seguro médico, información financiera e información sobre mi(s) afección/afecciones médica(s) e historial de tratamiento. **MI INFORMACIÓN PUEDE COMPARTIRSE CON LOS SIGUIENTES FINES:** 1) Evaluar los beneficios de mi cobertura de seguro para Oxbryta, lo que incluye el apoyo para la autorización previa y las apelaciones; 2) Coordinar la dispensación de farmacia y la entrega de mi medicamento; 3) Inscripción o remisión a programas de asistencia financiera para ayudarme a pagar Oxbryta a través de mi aseguradora, el programa de asistencia con copagos de Oxbryta u otros programas de asistencia al paciente; 4) Proporcionar recursos educativos relacionados con mi afección médica y el tratamiento con Oxbryta, y apoyo para iniciar o continuar con la terapia; 5) Para uso interno de GBT, lo que incluye llevar a cabo el control de calidad, análisis de datos y recopilar comentarios para mejorar el apoyo y los recursos para los pacientes.

La información que se utiliza o divulga de conformidad con una autorización puede estar sujeta a nuevas divulgaciones por parte del receptor y ya no estar protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, “HIPAA”). **La firma de esta Autorización es opcional. Entiendo que no tengo la obligación de firmar esta Autorización.** Si no lo hago, el tratamiento, el pago por el tratamiento, la inscripción en el seguro o la elegibilidad para recibir los beneficios del seguro no se verán afectados directamente. Sin embargo, si no la firmo, no podré participar en el estudio ni recibir servicios de GBT/GBT Source Solutions. **Entiendo que tengo derecho a recibir una copia firmada de esta Autorización**, que es válida durante cinco (5) años a partir de la fecha en que firmé o de la fecha en que me inscribí por última vez, lo que ocurra primero, a menos que la ley requiera un período más corto. **Tengo derecho a cancelar esta Autorización en cualquier momento** enviando a GBT un aviso por escrito, por fax al (888) 418-4178 o por correo a GBT Source, 680 Century Point, Lake Mary, Florida, 32746. Si la cancelo, esto significa que mi Información ya no se compartirá. Sin embargo, esto no se aplicará a la Información que ya haya sido utilizada o compartida como resultado de esta Autorización, o cuando la ley lo exija. Si la cancelo, entiendo que ya no podré recibir los servicios mencionados anteriormente ni la asistencia proporcionada por GBT Source Solutions.

### Al marcar estas casillas y firmar a continuación:

- Acepto recibir mensajes de texto de o en nombre de GBT Source Solutions al/a los número(s) de teléfono que proporcione. Entiendo que mi consentimiento no es necesario como condición de compra de bienes o de mi inscripción en GBT Source Solutions. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. Es posible que no se admitan todos los operadores.
- Acepto recibir información de marketing, materiales educativos y de apoyo al tratamiento, y/o encuestas relacionadas con mi afección médica, Oxbryta o GBT Source Solutions de GBT/GBT Source Solutions. Entiendo que mi consentimiento no es necesario como condición de compra de bienes o de mi inscripción en GBT Source Solutions.

### PACIENTE O CUIDADOR AUTORIZADO

Nombre del paciente, en letra de imprenta		Fecha de nacimiento del paciente
Nombre del cuidador autorizado (si corresponde), en letra de imprenta	Relación con el paciente	
Firma por escrito (paciente O cuidador autorizado)		Fecha de hoy



# PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE (PAP) DE GBT SOURCE Comprimidos de Oxbryta® (voxelotor)



**OPCIONAL** | DEBE SER COMPLETADO POR EL PACIENTE

Enviar por fax a: (888) 418-4178

Teléfono: (833)-GBT-4YOU (833-428-4968)

Para evitar retrasos, complete **TODOS** los campos y envíe un fax al (888) 418-4178. Para obtener ayuda adicional, llame al número de teléfono que aparece más arriba.

## Para pacientes elegibles sin seguro o funcionalmente no asegurados a los que se les recetó Oxbryta

Complete y firme para determinar la elegibilidad:

¿Es usted residente de los EE. UU. o de un territorio estadounidense?  Sí  No | ¿Tiene seguro actualmente?  Sí  No

¿Está inscrito en un plan de Medicaid, Medicare, VA, Departamento de Defensa, TRICARE, o cualquier otro plan de seguro de salud financiado por el estado o por el gobierno federal?  Sí  No (incluya una copia de las tarjetas de seguros y de receta).

¿Se le ha denegado la cobertura de seguro para Oxbryta?

Sí  No  Se desconoce (incluya una copia de las cartas de apelación y denegación, si están disponibles).

Ingresos familiares anuales actuales \$ \_\_\_\_\_ Cantidad de personas en el hogar \_\_\_\_\_ (incluya los salarios antes de impuestos, pensiones, intereses y dividendos, beneficios del Seguro Social y cualquier otra fuente de ingresos).

## PACIENTE O CUIDADOR AUTORIZADO

Nombre del paciente, en letra de imprenta	
Nombre del cuidador autorizado (si corresponde), en letra de imprenta	Relación con el paciente
Firma por escrito (paciente O cuidador autorizado)	Fecha de hoy



## Mediante la firma anterior, certifico que:

- 1) Toda la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta, incluidos mis ingresos familiares. Entiendo que la asistencia terminará si el medicamento ya no se me receta o si GBT Source se entera de que hubo fraude. Entiendo que completar esta solicitud no garantiza que reúna los requisitos para recibir asistencia al paciente.
- 2) Entiendo que los pacientes elegibles pueden recibir Oxbryta a través del Programa de asistencia al paciente ("PAP") de GBT Source durante un máximo de doce (12) meses a menos que su seguro o sus circunstancias financieras cambien. Si hay un cambio en mi seguro o situación financiera, informaré de inmediato a GBT. Entiendo que recibir Oxbryta de manera gratuita no está vinculado con ningún requisito de usar o comprar mercaderías.
- 3) Si recibo Oxbryta gratis a través del PAP, no pediré reembolso ni crédito por Oxbryta, ni venderé o traspasaré Oxbryta a nadie más una vez que me lo proporcionen. Mientras tome Oxbryta, seguiré las instrucciones del médico que me trata.
- 4) Autorizo al PAP y a su administrador a enviar esta receta a una farmacia dispensadora en mi nombre.
- 5) Autorizo a GBT Source y/o a su administrador del programa, en virtud de la Ley de Informes de Crédito Justos (Fair Credit Reporting Act), a obtener mi informe de crédito para verificar la información proporcionada y determinar si soy elegible para el PAP. Este consentimiento será usado para verificar mis ingresos SOLAMENTE y NO tendrá ningún efecto en mi calificación crediticia. Entiendo que se pueden requerir pruebas de ingresos para todos los adultos de mi hogar, tales como copias de declaraciones de impuestos recientes, cheques de desempleo, recibos de pago o estados de cuenta bancaria.
- 6) Entiendo que GBT Source tiene derecho a cambiar los requisitos del PAP, cambiar o terminar el PAP o suspender mi asistencia en cualquier momento con notificación por escrito.

Lea todo el formulario, complete **TODOS** los campos del formulario y, a continuación, envíe por fax todas las páginas al (888) 418-4178.