

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

# Veloxis | Transplant Support

Complételo y envíelo por fax al 1-844-475-8931.

Para solicitar asistencia o más información, llame al 1-844-VELOXIS de lunes a viernes, de 9 a. m. a 7 p. m. (hora del Este).



1-844-VELOXIS (835-6947)

## Inscripción en el Programa Veloxis Transplant Support

Veloxis creó el Programa Veloxis Transplant Support (VTS, Programa de Ayuda de Veloxis para Pacientes con Trasplantes) con el objeto de ayudar a los pacientes a obtener acceso a los medicamentos de Veloxis. Las solicitudes se revisan y se verifica el cumplimiento de los requisitos. Las decisiones se toman según cada caso en función de requisitos relacionados con la cobertura y criterios financieros.

Una vez que usted haya enviado el formulario, además de sus documentos financieros y tarjetas del seguro, un especialista del Programa VTS revisará la solicitud y notificará tanto al profesional médico como al paciente sobre lo que se debe hacer a continuación.

### INSTRUCCIONES PARA LA INSCRIPCIÓN

- **El paciente debe completar la página 3 de este formulario y firmarlo o solicitarle a su representante que lo haga.**

La declaración financiera y la verificación de ingresos solo son obligatorias si se solicita la inscripción al Programa de Asistencia para Pacientes.

Todos los demás servicios del Programa VTS se pueden obtener sin la declaración financiera, pero igualmente se necesitará la firma de consentimiento del paciente al pie de la página 3.

- **Envíe por fax el paquete completo de solicitud al número del Programa VTS, 1-844-475-8931.**

- Página 2 con la firma del médico prescriptor
- Página 3 con la firma del paciente o de su representante
- Copias de ambos lados de todas las tarjetas del seguro
- Si desea inscribirse en el Programa de Asistencia para Pacientes, firme el consentimiento opcional en la página 3 para autorizar la verificación electrónica de ingresos y acelerar el proceso mediante Experian Health **O BIEN** adjunte los documentos de verificación de ingresos a esta solicitud.

Si la solicitud está incompleta, el personal del Programa VTS intentará ponerse en contacto con el paciente y el profesional médico para pedir la información o los documentos que faltan.

#### Se solicita lo siguiente (marque lo que corresponda):

- Investigación de prestaciones
- Extensión de la receta
- Inscripción al Programa de Asistencia para Pacientes (si se reúnen los requisitos; incluya el rechazo de la apelación, si lo tiene, para acelerar el proceso)

### DETALLES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA PACIENTES

Los pacientes inscritos en el Programa de Asistencia para Pacientes reciben una autorización que dura 12 meses como máximo y deben volver a solicitar la inscripción todos los años para que se verifique si reúnen los requisitos necesarios. Antes de que finalice el período de autorización actual, el personal del Programa VTS se pondrá en contacto con usted para volver a verificar si cumple las condiciones del Programa de Asistencia para Pacientes.

Participantes de Medicare Parte D: al interactuar con beneficiarios de Medicare Parte D, el Programa de Asistencia para Pacientes de Veloxis operará por fuera de la prestación de Medicare Parte D. Cualquier asistencia que se preste al paciente para la compra de medicamentos que habrían tenido cobertura con el plan Medicare Parte D no se considerará un gasto generado que se aplicaría al saldo de verdaderos gastos de bolsillo (TrOOP, por su sigla en inglés) ni al gasto total en medicamentos de la persona inscrita.

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

## Veloxis | Transplant Support

Complételo y envíelo por fax al 1-844-475-8931.

Para solicitar asistencia o más información, llame al 1-844-VELOXIS de lunes a viernes, de 9 a. m. a 7 p. m. (hora del Este).



1-844-VELOXIS (835-6947)

<b>INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE</b>	1. Nombre	2. Segundo nombre	3. Apellido	4. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
	5. Dirección	6. Ciudad	7. Estado	8. Código postal	
	9. Teléfono particular	10. Teléfono celular	11. Correo electrónico		
	12. Método preferido de contacto (seleccione una opción):		<input type="checkbox"/> Llamada telefónica	<input type="checkbox"/> Mensaje de texto	<input type="checkbox"/> Correo electrónico
	13. Horario preferido de contacto (seleccione una opción):		<input type="checkbox"/> Mañana	<input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Noche
	14. Se pueden enviar mensajes de texto (seleccione una opción):		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	15. Se puede dejar un correo de voz (seleccione una opción):
		<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO		
16. Idioma preferido:					

<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL PACIENTE</b> <small>(adjunte copias de las tarjetas del seguro del paciente solicitante)</small>	17. Nombre del plan de prestaciones de farmacia:				
	17(a). Nombre del titular de la póliza:			17(b). Teléfono del seguro:	
	17(c). RX BIN:	17(d). RX PCN:	17(e). N.º de identificación:	17(f). N.º de grupo RX:	
	18. El paciente (seleccione una opción):				
	<input type="checkbox"/> No tiene seguro <input type="checkbox"/> Tiene Medicare B <input type="checkbox"/> Tiene Medicare Advantage <input type="checkbox"/> Tiene Medicaid <input type="checkbox"/> Tiene un seguro privado/comercial <input type="checkbox"/> Tiene un seguro gubernamental (TriCare/VA)				
	19. Seguro principal	19(a). Nombre del seguro principal		20(a). Nombre del seguro secundario:	
		19(b) Titular de la póliza:	Nombre	Apellido	20(b). Nombre del titular de la póliza:
					Apellido
		19(c). Teléfono del seguro:		20(c). Teléfono del seguro:	
		19(d). N.º de póliza:		20(d). N.º de póliza:	
19(e). N.º de identificación colectivo:		20(e). N.º de identificación colectivo:			

<b>INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL MÉDICO</b>	21. Nombre	22. Apellido	23. Especialidad		
	24. Designación (seleccione una opción):				
	<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> otro (indique cuál):				
	25. N.º NPI:		26. Tax ID #:		
	27. Nombre del consultorio:				
	28. Dirección del consultorio:		29. Ciudad:	30. Estado:	31. Código postal:
	32. Designación del contacto del consultorio:		32(a). Nombre:		
	32(b). Teléfono del consultorio:	32(c). Teléfono celular:	32(d). Correo electrónico de contacto:		32(e). Fax:
32(f). Método preferido de contacto (seleccione una opción):					
<input type="checkbox"/> Teléfono del consultorio <input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Fax					
32(g). Se pueden enviar mensajes de texto (seleccione una opción):					
		<input type="checkbox"/> SÍ		<input type="checkbox"/> NO	

<b>INFORMACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE</b>	33. Diagnóstico (seleccione una opción):			
	<input type="checkbox"/> Z94.0 Trasplante de riñón (CIE-10) <input type="checkbox"/> Otro (indique cuál)			
	34. Fecha del trasplante:	35. ¿Medicare pagó el trasplante? (Seleccione una opción):		
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
	36. Dosis diaria total aproximada de ENVARUSUS XR® (comprimidos de tacrolimus de liberación prolongada):			_____ mg
37. ¿Se ha entregado al paciente un cupón de ENVARUSUS XR® (comprimidos de tacrolimus de liberación prolongada) para 30 días? (Seleccione una opción):				
		<input type="checkbox"/> SÍ		<input type="checkbox"/> NO
37(a). Si la respuesta es SÍ, fecha de la entrega:				

### CERTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL MÉDICO

Al firmar al pie, confirmo y certifico que he recibido la autorización del paciente solicitante para divulgar algunos de sus datos (consignados aquí) ante Veloxis Pharmaceuticals y sus prestadores de servicios, representantes y administradores (en conjunto, las "compañías") con el objeto de brindarle ayuda para obtener acceso al medicamento ENVARUSUS XR® (comprimidos de tacrolimus de liberación prolongada). El Programa Veloxis Transplant Support (VTS, Programa de Ayuda de Veloxis para Pacientes con Trasplantes) puede utilizar y divulgar los datos del paciente solicitante como considere necesario para inscribir a mi paciente en el Programa VTS en el caso de que reúna los requisitos correspondientes. Tengo entendido que no tengo la obligación de recetar ENVARUSUS XR® y que no he recibido ni recibiré ningún beneficio de parte de Veloxis por recetar un producto de Veloxis. Certifico que he recetado ENVARUSUS XR® al paciente para su uso autorizado por la FDA de acuerdo con mi criterio médico independiente, según el cual ENVARUSUS XR® es necesario para el paciente por motivos médicos. Asimismo, certifico que toda la información consignada en el formulario es correcta. Declaro que no me encuentro en la lista de personas excluidas por el Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

X \_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta del médico prescriptor

X \_\_\_\_\_  
Firma del médico prescriptor

X \_\_\_\_\_  
Fecha

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

# Veloxis | Transplant Support

Complételo y envíelo por fax al 1-844-475-8931.

Para solicitar asistencia o más información, llame al 1-844-VELOXIS de lunes a viernes, de 9 a. m. a 7 p. m. (hora del Este).



1-844-VELOXIS (835-6947)

<b>INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE</b>	38. Ingresos anuales totales del grupo familiar: \$
	39. Fuentes de ingresos (seleccione todas las opciones que correspondan):
	<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social (SS, SSI, SSDI) <input type="checkbox"/> Subsidio por desempleo <input type="checkbox"/> Pensión/jubilación <input type="checkbox"/> Prestaciones para exmilitares <input type="checkbox"/> Indemnización por accidentes laborales <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Otra:
	40. Cantidad total de integrantes del grupo familiar que dependen del ingreso familiar (incluido el paciente):
	Nota: Tenga en cuenta que se solicitarán documentos que justifiquen los ingresos del grupo familiar con el fin de determinar si reúne los requisitos para el Programa de Asistencia para Pacientes perteneciente al Programa VTS. Algunos de los documentos aceptables para justificar los ingresos del grupo familiar indicados en esta sección son el ejemplar más reciente de la declaración de impuestos federales de EE. UU., las declaraciones de ingresos del Seguro Social, los dos comprobantes de pago más recientes, las declaraciones de subsidios por desempleo o discapacidad, etc. <b>En lugar de presentar documentos justificativos de los ingresos, en la siguiente sección tiene la posibilidad de autorizar un proceso de evaluación financiera electrónica para verificar los ingresos de su grupo familiar.</b>

## AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA VERIFICAR LOS INGRESOS DE FORMA ELECTRÓNICA (opcional, pero puede reducir el plazo de revisión de la inscripción)

Al firmar al pie, yo, el paciente solicitante, tengo entendido que les doy "instrucciones escritas" de conformidad con la Ley Federal de Informe Imparcial de Crédito a Veloxis Pharmaceuticals y sus prestadores de servicios, representantes y administradores (en conjunto, las "compañías"), y autorizo a las compañías a extraer información de mi perfil de crédito u otros datos de Experian Health. Autorizo a las compañías a usar y divulgar mi información únicamente con el fin de determinar si cumplo las condiciones para inscribirme y participar en el Programa VTS. También acepto presentar otros documentos financieros de forma oportuna si se solicitaran. Sé que debo aceptar todos los términos de esta autorización para poder iniciar el proceso opcional de evaluación financiera electrónica. Estoy al tanto de que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización si la solicito. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando un aviso a [patientsupport@veloxis.com](mailto:patientsupport@veloxis.com). Comprendo que la revocación debe hacerse por escrito. Estoy al tanto de que mi revocación no se aplicará a ninguna información que se utilice o divulgue mediante esta autorización antes de que el Programa VTS reciba el aviso sobre la revocación por escrito.

X _____	X _____	X _____
Nombre en letra imprenta del paciente o de su representante	Firma del paciente o de su representante	Fecha
Vínculo con el paciente: <input type="checkbox"/> soy yo <input type="checkbox"/> tutor legal	<input type="checkbox"/> cuidador	

## AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Al firmar al pie, yo, el paciente solicitante, autorizo a mis profesionales médicos, farmacias, aseguradores y pagadores a utilizar mi información personal y médica, así como información sobre las prestaciones de mi seguro, mis recetas, mis afecciones y antecedentes médicos, el cumplimiento de mi tratamiento, mi estado general de salud y mis datos médicos confidenciales (por ejemplo, sobre enfermedades contagiosas [VIH, hepatitis], drogadicción/alcoholismo, problemas de salud mental, resultados de pruebas genéticas, etc.) (en conjunto, "información personal"). Asimismo, autorizo a las mencionadas personas y entidades a divulgar dicha información ante Veloxis Pharmaceuticals y sus prestadores de servicios, representantes y administradores (en conjunto, las "compañías") y a entregársela con los siguientes fines: (1) que determinen si cumplo las condiciones para recibir prestaciones; (2) que brinden servicios de ayuda, entre otros facilitarme el abastecimiento de medicamentos de Veloxis Pharmaceuticals; y (3) que se comuniquen conmigo para evaluar el tratamiento y la eficacia del Programa VTS. Sé que una vez que mi información personal se haya compartido con las compañías, es posible que deje de estar protegida por la ley federal de privacidad y las leyes estatales pertinentes, y puede ser objeto de divulgación. Estoy al tanto de que cualquier entidad autorizada a respaldar el Programa VTS y toda farmacia especializada que me preste servicio en relación con el Programa VTS puede recibir una remuneración de parte de Veloxis Pharmaceuticals.

Tengo entendido que no es necesario que firme esta autorización para recibir tratamiento médico de parte de mis profesionales médicos, para gozar de las prestaciones del seguro ni para inscribirme en un plan médico. No obstante, sé que si me niego a firmar esta autorización, no reuniré los requisitos para participar en el Programa VTS aunque cumpla las condiciones necesarias. Entiendo que si doy mi autorización, puedo revocarla en cualquier momento enviando un aviso a [patientsupport@veloxis.com](mailto:patientsupport@veloxis.com). Comprendo que la revocación debe hacerse por escrito. Tengo entendido que, al revocar esta autorización, mi participación en el Programa VTS finalizará. Estoy al tanto de que mi revocación no se aplicará a ninguno de mis datos personales que se utilicen o divulguen mediante esta autorización antes de que el Programa VTS reciba el aviso sobre la revocación por escrito. Estoy al tanto de que mi revocación no se aplicará a ninguno de mis datos personales que se utilicen o divulguen a otras entidades amparadas por esta autorización antes de que las mismas reciban el aviso sobre la revocación por escrito. Sé que mi firma de autorización continuará en vigor hasta que yo no cumpla los requisitos para participar en el Programa VTS o Veloxis ponga fin al Programa VTS, o bien durante el máximo período que permita la ley estatal, si es más breve.

X _____	X _____	X _____
Nombre en letra imprenta del paciente o de su representante	Firma del paciente o de su representante	Fecha
Vínculo con el paciente: <input type="checkbox"/> soy yo <input type="checkbox"/> tutor legal	<input type="checkbox"/> cuidador	

## DECLARACIÓN DEL PACIENTE SOBRE FALTA DE SEGURO DE COBERTURA (si corresponde)

Al firmar al pie, yo, el paciente solicitante, declaro y certifico que no cuento con la cobertura de un seguro médico.

X _____	X _____	X _____
Nombre en letra imprenta del paciente o de su representante	Firma del paciente o de su representante	Fecha
Vínculo con el paciente: <input type="checkbox"/> soy yo <input type="checkbox"/> tutor legal	<input type="checkbox"/> cuidador	

## DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Al firmar al pie, yo, el paciente solicitante, confirmo que la información provista en este formulario de inscripción es actual, completa y correcta. Sé que dicha información se revisará y utilizará para determinar si cumplo las condiciones para inscribirme en el Programa VTS. Tengo entendido que completar este formulario de inscripción no garantiza que reuniré los requisitos para formar parte del Programa VTS. Estoy al tanto de que el Programa VTS puede solicitarme documentos complementarios para verificar mi información financiera o relacionada con el seguro, y que cualquier ayuda que consista en medicamentos gratuitos dependerá de mi capacidad para cumplir las condiciones del Programa VTS. Sé que Veloxis Pharmaceuticals se reserva el derecho de modificar el formulario de inscripción, modificar o suspender el Programa VTS y sus requisitos de participación o revocar mi inscripción en el Programa VTS en cualquier momento y sin previo aviso. Acepto notificar al Programa VTS, y tendré la responsabilidad de hacerlo, si mi información financiera o la cobertura de mi seguro se modifican o si dejo de cumplir las condiciones para participar en el Programa VTS.

Me comprometo a no solicitar reembolsos ni créditos a ningún asegurador, pagador, plan médico ni programa gubernamental, entre otros los planes Medicare Parte D. Tampoco presentaré reclamos ante dichas entidades por medicamentos de Veloxis Pharmaceuticals provistos mediante el Programa VTS, ni intentaré que los medicamentos de Veloxis Pharmaceutical o los gastos asociados a ellos se consideren gastos de bolsillo por la compra de medicamentos recetados. Acepto notificar a mi aseguradora cuando reciba los medicamentos de Veloxis Pharmaceuticals provistos mediante el Programa VTS. Sé y acepto que si me he inscrito en un plan de Medicare Parte D y reúno las condiciones para el Programa VTS, las compañías notificarán a mi plan de Parte D que me he inscrito en el Programa VTS. Estoy al tanto de que los medicamentos de Veloxis Pharmaceuticals provistos mediante el Programa VTS no se puede vender, comerciar ni transferir.

X _____	X _____	X _____
Nombre en letra imprenta del paciente o de su representante	Firma del paciente o de su representante	Fecha
Vínculo con el paciente: <input type="checkbox"/> soy yo <input type="checkbox"/> tutor legal	<input type="checkbox"/> cuidador	

## CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE DE CONFORMIDAD CON LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN A LOS USUARIOS TELEFÓNICOS (opcional)

Al firmar al pie, yo, el paciente solicitante, doy mi consentimiento para recibir de parte del Programa VTS novedades sobre el estado de mi inscripción por llamada telefónica o mensaje de texto. Pueden aplicarse cargos por el uso de mensajes y datos. El número de mensajes dependerá del Programa VTS elegido. Envíe por mensaje de texto la palabra "STOP" para cancelar su suscripción. Tengo entendido que mi consentimiento no es obligatorio ni una condición para participar en el Programa VTS.

X _____	X _____	X _____
Nombre en letra imprenta del paciente o de su representante	Firma del paciente o de su representante	Fecha
Vínculo con el paciente: <input type="checkbox"/> soy yo <input type="checkbox"/> tutor legal	<input type="checkbox"/> cuidador	