

• Llame a VONJO Connect™ al **1-888-284-3678** de lunes a viernes de 8:30 A. M. a 7:00 P. M., hora del Este o visite VonjoConnectUS.com

• Los proveedores de atención médica deben completar y firmar las secciones correspondientes de este formulario, hacer que el paciente firme la sección 3 y enviarlo por fax a VONJO Connect al **1-888-284-8084** o por correo electrónico a VonjoConnect@AssistRx.com
• Para inscribirse en línea, visite SobiPatientSupport.iassist.com

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 SEGURO Proporcione copias de todas las tarjetas de seguro médico y de recetas (anverso y reverso).

¿Tiene el paciente alguna forma de cobertura de seguro? Sí No
¿Hay alguna PA en el archivo? Sí No (Incluya la carta de determinación de PA si está disponible).
¿Incurrir su paciente en una interrupción de la cobertura que causará una suspensión de la terapia? Sí No
Nombre completo del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____ / ____ / ____
Seguro médico principal: _____
N.º de teléfono del seguro: _____ N.º de grupo: _____ N.º de identificación: _____
Seguro para recetas: _____ Grupo de la receta: _____ BIN para la receta: _____ PCN para la receta: _____
Seguro Médico Secundario: _____
N.º de teléfono del seguro: _____ N.º de grupo: _____ N.º de identificación: _____
Seguro para recetas: _____ Grupo de la receta: _____ BIN para la receta: _____ PCN para la receta: _____

3 DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Mi firma debajo certifica que he leído, comprendido y aceptado la Declaración de autorización del paciente a continuación y que continúa en la página 3.

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 VONJO 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 VONJO 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 VONJO Connect; (iii) verificar, investigar, ayudar con y coordinar mi cobertura de VONJO® (pacrutinib) 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 3)*

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

4 MÉTODO DE ENTREGA PREFERIDO

Onco360 Biologics Specialty Pharmacy IOD/MID/Nombre de la institución: _____
N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____

5 INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Apellido: _____ Nombre: _____ Nombre del consultorio/la institución: _____
Calle: _____ Oficina: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
N.º de NPI: _____ N.º de identificación del proveedor de Medicaid: _____ N.º de identificación fiscal: _____
Nombre del contacto de la consulta: _____ N.º de teléfono: _____
N.º de fax: _____ Correo electrónico: _____
Información del remitente (si es diferente de la anterior). Apellido: _____ Nombre: _____
Nombre del centro o consultorio: _____
N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____ Correo electrónico: _____

6 DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Por la presente doy fe de que soy el proveedor de atención médica el que receta y acepto enviar solicitudes a VONJO Connect porque he determinado que VONJO® (pacritinib) es médicamente apropiado para mi paciente, y así se lo he explicado a mi paciente. Certifico que he recibido la autorización necesaria para divulgar la información mencionada anteriormente y otra información médica protegida (según lo definido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos, [HIPAA] de 1996) a VONJO Connect con el fin de brindar a mi paciente asistencia para el acceso a VONJO, ayudando en el inicio o la continuación de la terapia VONJO, o la evaluación de la elegibilidad de mi paciente para las ofertas de apoyo al paciente, si las hubiera.

Certifico que esta receta en este formulario cumple con todas las leyes estatales y locales aplicables. En nombre de mi paciente, autorizo a VONJO Connect, como mi agente designado, a enviar una receta para VONJO, por fax u otros medios en virtud de la ley correspondiente, a una farmacia apropiada que dispense VONJO, si es necesario. Acepto notificar a VONJO Connect si tengo conocimiento en cualquier momento en el futuro de cambios en las circunstancias de mi paciente que pudieran afectar su elegibilidad, incluidos, pero no limitado a, cambios en el estado o cobertura del seguro médico, estado financiero o residencia en los Estados Unidos. Entiendo que no tengo obligación de recetar ningún medicamento de Sobi y que no he recibido ni recibiré ningún beneficio de Sobi por hacerlo.

Además, no solicitaré el reembolso de ningún tercero pagador o entidad gubernamental por ningún medicamento que pueda ser proporcionado de forma gratuita a mi paciente a través de un programa de apoyo al paciente de VONJO Connect. Reconozco que puedo ser contactado por correo electrónico, correo postal o fax usando la información proporcionada en este formulario, y comprendo que VONJO Connect usará y divulgará mi información de acuerdo con la política de privacidad de Sobi, disponible en <https://sobi-northamerica.com/privacy-policy>.

Mi firma a continuación certifica que he leído, comprendido y aceptado esta Declaración de certificación del prescriptor.

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

Firma del sello no permitida. Este formulario no puede procesarse sin una firma original.

7 INFORMACIÓN CLÍNICA Adjunte todas las notas clínicas aplicables.

Código de diagnóstico primario (CIE-10): _____ Valor RECIENTE del recuento de plaquetas del paciente (K/ μ l): _____ Fecha: _____

¿El paciente también tiene un diagnóstico de anemia? Sí No

Terapias actuales que el paciente está tomando (incluir dosis): _____

Otro: _____ Tratamiento previo: _____

8 PROGRAMA QUICKSTART DE VONJO

El Programa de QuickStart de VONJO puede proporcionar un suministro limitado de VONJO, sin costo, a pacientes nuevos elegibles que experimentan una demora en la cobertura relacionada con el seguro. Evalúe a mi paciente para el Programa QuickStart de VONJO.

Confirmando que mi paciente es nuevo en VONJO y está experimentando una demora en la cobertura relacionada con el seguro.

9 RECETA DE LA FARMACIA

El prescriptor debe cumplir con los requisitos de prescripción específicos de su estado, como receta electrónica, formularios de prescripción específicos del estado, lenguaje de fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado puede resultar en que se contacte al prescriptor.

VONJO® (pacritinib) cápsulas de 100 mg (N.º de NDC 72482-100-12)

Instrucciones: _____ Cantidad: _____ Resurtidos: _____

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

Dispense según lo indicado

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

Sustitución permitida

Firma del sello no permitida. Este formulario no puede procesarse sin una firma original.

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

3 DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE (continuación)

Acepto inscribirme en el Programa de asistencia con copagos de VONJO 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 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 VONJO® (pacritinib) o esté inscrito en VONJO 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 VONJO 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 VONJO Connect, informaré a VONJO 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 VONJO Connect a PO Box 592188, Orlando, FL 32859. La cancelación de esta Autorización será válida cuando sea recibida por los administradores de VONJO 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 VONJO, 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 VONJO 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 VONJO 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 VONJO Connect que no deseo recibir mensajes de texto. Comprendo que recibir mensajes de texto es opcional y que puedo participar en VONJO 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 1-888-284-3678 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 VONJO Connect al 1-888-284-3678.

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.