

SECCIÓN PARA EL PACIENTE

AUTORIZACIÓN Y APROBACIÓN DEL PACIENTE PARA RECOPIRAR, USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Al firmar abajo, **acepto** permitir que mis médicos, farmacias (incluidas mis farmacias especializadas) y aseguradoras médicas (colectivamente denominados “proveedores de atención médica”), usen y divulguen mi información médica a GlaxoSmithKline y a sus agentes, representantes autorizados y contratistas (colectivamente denominados “GSK”), a fin de que GSK pueda usar y divulgar mi información médica para proporcionar los servicios del programa Gateway to NUCALA, que podrían incluir las siguientes actividades:

- 1) Comunicarse con mis proveedores de atención médica sobre mi receta de NUCALA y mi afección;
- 2) Investigar y resolver asuntos sobre la cobertura, la codificación o los reembolsos de mi seguro, o indagar si tengo derecho a participar en los programas de asistencia al paciente y asistencia con los copagos de GSK;
- 3) Comunicarse en mi nombre con mi aseguradora, otras fuentes potenciales de financiamiento o programas de asistencia al paciente a fin de determinar si tengo derecho a la cobertura de un seguro médico o a otros fondos;
- 4) Comunicarse conmigo para ofrecerme (y si me interesa, proporcionarme) servicios opcionales de administración de casos y servicios educativos brindados por profesionales de atención médica; y
- 5) Si lo requiere la ley, divulgar mi información a terceros.

Al firmar esta autorización, **confirmo** que entiendo que:

- Mis proveedores de atención médica no pueden condicionar, ni condicionarán mi tratamiento, el pago de mi tratamiento, mi derecho a inscribirme o la inscripción en los beneficios a la firma de esta autorización del paciente.
- Ciertos proveedores de atención médica, como las farmacias especializadas, podrían recibir un pago de GSK por divulgar mi información a GSK según lo permite esta autorización.
- Una vez que se divulgue mi información a GSK según esta autorización, es posible que las leyes federales de privacidad ya no puedan proteger mi información ni evitar que GSK siga divulgándola. Sin embargo, entiendo que GSK ha aceptado usar o divulgar la información que reciba solo para los propósitos que se describen en esta autorización o como lo requiera la ley.
- Esta autorización será vigente durante dos (2) años después de que la firme (a menos que las leyes estatales dispongan un periodo más breve) o durante mi participación en el programa Gateway to NUCALA, el periodo que sea mayor.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento enviando por correo postal mi revocación por escrito y firmada a P.O. Box 221797, Charlotte, NC 28222-1797, pero esta revocación cancelaría mi derecho de participar en el programa Gateway to NUCALA. La revocación de esta autorización prohibirá que mis proveedores de atención médica hagan más divulgaciones en virtud de esta autorización después de la fecha en que reciban mi revocación por escrito, pero no aplicará a la información que ya hayan divulgado con base en esta autorización. Entiendo que después de la revocación de esta autorización, la información proporcionada a GSK antes de la revocación podría divulgarse dentro de GSK para mantener un registro de mi participación.

*El paciente o el representante autorizado del paciente **DEBE** firmar este formulario para recibir los servicios del programa Gateway to NUCALA. Si un representante autorizado firma en nombre del paciente, sírvase indicar la relación con el paciente.*

Servicios solicitados (marque todo lo que corresponda) Selección en farmacias especializadas Programa de copagos Verificación de beneficios
 Programa de Asistencia al Paciente para pacientes sin seguro (pág. 3) Bridge to NUCALA Asistencia con reclamaciones Asistencia con autorizaciones previas

Información del paciente *Indica los campos requeridos

Apellido*: _____ Nombre*: _____
 Fecha de nacimiento* (mm/dd/aa): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Calle: _____ Nombre del contacto alternativo*: _____
 Teléfono del hogar: _____ Teléfono celular/del trabajo: _____ Teléfono de contacto alternativo*: _____
 Dirección electrónica: _____ Relación del contacto alternativo con el paciente*: _____
 Comunicación preferida con el programa de copagos:
 Textos Mensajes electrónicos Solo correo postal Idioma preferido: Inglés Español Mandarín Otro: _____
 Nombre del paciente o del cuidador (en letra de imprenta): _____ Fecha: _____
 Relación con el paciente: _____ Programa de Asistencia al Paciente MyNucala (pág. 3)

FIRMA DEL PACIENTE FIRMA DEL PACIENTE (SE REQUIERE) FIRMA DEL PACIENTE (OPCIONAL)

He leído y estoy de acuerdo con el formulario adjunto Autorización HIPAA del paciente. He leído y estoy de acuerdo con el consentimiento del Programa de Asistencia al Paciente MyNucala de la página 3.

Información del seguro: ¿Proporcionó copias de todas sus tarjetas de seguro? Tarjetas médicas Tarjeta de recetas

Seguro primario*: Comercial privado* Medicare/Medicaid TRICARE
 Teléfono: _____ N.º de ID de la póliza: _____ N.º de grupo: _____
Seguro secundario*: Comercial privado* Medicare/Medicaid TRICARE
 Teléfono: _____ N.º de ID de la póliza: _____ N.º de grupo: _____

Tarjeta de recetas (PBM): N.º ID: _____
 N.º BIN: _____ N.º PCN: _____ N.º de grupo: _____ Teléfono: _____
 Apellido del asegurado: _____ Nombre del asegurado: _____ Relación del asegurado con el paciente: _____
 Fecha de nacimiento del asegurado (mm/dd/aa): _____ Empleador: _____

Si desea recibir asistencia opcional de Bridge to NUCALA, consulte la página 3.

Información sobre el prescriptor, la adquisición y la administración *Indica los campos requeridos

Apellido del prescriptor*: _____ Nombre del prescriptor*: _____
 Nombre del consultorio*: _____ Especialidad*: _____
 Calle*: _____ Ciudad*: _____ Estado*: _____ Código postal*: _____
 Nombre del contacto en el consultorio*: _____ Teléfono*: _____ Fax*: _____
 ID fiscal del prescriptor*: _____ N.º DEA del prescriptor: _____
 N.º de licencia estatal del prescriptor: _____ N.º INP del prescriptor*: _____ N.º INP del grupo: _____
 ¿Es usted el médico prescriptor? Sí No Si no, proporcione el nombre del médico prescriptor: _____
¿Cómo se adquirirá NUCALA? Compra y factura Farmacia especializada No ha decidido
 Centro de administración: Consultorio del médico prescriptor Consultorio de otro médico HOPD ASOC Autoadministración por el paciente

Si se va administrar NUCALA en un HOPD o ASOC, proporcione la siguiente información:

Consultorio/Centro de administración: _____ Contacto con el consultorio de administración: _____
 Dirección residencial: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____ ID fiscal del centro de administración: _____ N.º de INP del centro de administración: _____

Información clínica y de diagnóstico (pauta de administración de NUCALA)
 El proveedor determinará el código de diagnóstico más apropiado. Pregunte al pagador del paciente los requisitos de codificación o documentación.

Código de diagnóstico ICD10*: J45.50 Asma persistente grave sin complicaciones J45.51 Asma persistente grave con agravamiento (agudo)
 Otro: _____

Fecha del diagnóstico (mm/dd/aa): _____ Concentración de eosinófilos: _____ células/mL Fecha de la prueba (mm/dd/aa): _____
 Agravamientos—(mm/dd/aa): _____ Visitas al consultorio no programadas(mm/dd/aa): _____ Visitas/hospitalizaciones al DE—(mm/dd/aa): _____
 Alergias: _____ Enfermedades concurrentes: _____

Otros tratamientos para el asma: Corticosteroides por inhalación (sin ABLD): Actual Pasado Corticosteroides orales o inyectables: Actual Pasado
 Terapia de combinación (CEI/ABLD): Actual Pasado Otro control (especifique): _____ Actual Pasado

Referencia a la farmacia de especialidades (rellene solo si solicita que la referencia del medicamento sea seleccionada en la farmacia de especialidades)
 Nueva Reanudación Continuación Fecha del último tratamiento: _____ Fecha del siguiente tratamiento/Fecha en que se necesita: _____
 Si se selecciona una farmacia de especialidades, ¿ya se envió la receta a una de estas farmacias? No Sí - ¿a cuál? _____
La selección en la farmacia de especialidades está sujeta a los requisitos del plan médico. ¿Se solicita selección en la farmacia de especialidades? Sí Nombre: _____
 La farmacia de especialidades enviará a: Dirección del paciente Consultorio del médico prescriptor HOPD ASOC

MEDICAMENTO	CONCENTRACION/PRESENTACION	CANT	INSTRUCCIONES DE ADMINISTRACION	REABASTECIMIENTOS
<input type="checkbox"/> NUCALA AI	Solución de 100 mg/mL en un autoinyector precargado con dosis única (NDC 0173-0892-01)	1	100 mg, SC en el brazo, el muslo o el abdomen c/4 semanas	
<input type="checkbox"/> NUCALA PFS	Solución de 100 mg/mL en una jeringa precargada con dosis única (NDC 0173-0892-42)	1		
<input type="checkbox"/> NUCALA LYO VIAL	100 mg de polvo liofilizado en vial de dosis única para reconstitución (NDC 0173-0881-01)	1		
<input type="checkbox"/> NUCALA LYO (Niños de 6 a 11 años)	100 mg de polvo liofilizado en vial de dosis única para reconstitución (NDC 0173-0881-01)	1	40 mg, SC en el brazo, el muslo o el abdomen c/4 semanas	

Declaración del prescriptor: Certifico que la información provista arriba es verídica y que se receta NUCALA al paciente indicado arriba. Por medio de la presente certifico que, los pacientes asegurados que soliciten asistencia con el copago a través del programa de copagos y que no obtengan apoyo financiero de tal programa, tendrán que pagar cualquier copago, coseguro u otro gasto del bolsillo relacionado con NUCALA cuando reciban tratamiento. Asigno al programa Gateway to NUCALA para que a mi nombre transmita esta receta a la farmacia que surte el medicamento, en la medida que lo permitan las leyes estatales. Nota especial: Los prescriptores de todos los estados deben acatar las leyes vigentes sobre recetas válidas. A los prescriptores de estados que tengan requisitos oficiales de formularios de recetas: envíen una receta impresa con este formulario de inscripción. Es posible que los prescriptores tengan que enviar una receta electrónica a la farmacia de especialidades.

FIRMA DEL PRESCRIPTOR SE PERMITEN SUSTITUCIONES (Fecha) SURTIR COMO INDICA LA RECETA* (Fecha)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): _____

Programa Bridge to NUCALA				
MEDICAMENTO	CONCENTRACIÓN/PRESENTACIÓN	CANT	INSTRUCCIONES DE ADMINISTRACIÓN	REABASTECIMIENTOS
<input type="checkbox"/> NUCALA AI	Solución de 100 mg/mL en un autoinyector precargado con dosis única (NDC 0173-0892-01)	1	100 mg, SC en el brazo, el muslo o el abdomen c/4 semanas	1
<input type="checkbox"/> NUCALA PFS	Solución de 100 mg/mL en una jeringa precargada con dosis única (NDC 0173-0892-42)	1		1
<input type="checkbox"/> NUCALA LYO VIAL	100 mg de polvo liofilizado en vial de dosis única para reconstitución (NDC 0173-0881-01)	1		1
<input type="checkbox"/> NUCALA LYO (Niños de 6 a 11 años)	100 mg de polvo liofilizado en vial de dosis única para reconstitución (NDC 0173-0881-01)	1	40 mg, SC en el brazo, el muslo o el abdomen c/4 semanas	1
El programa Bridge to NUCALA proporciona el producto gratuitamente a los pacientes con seguro comercial que reúnen ciertos requisitos cuando la solicitud de AP ha estado pendiente con el pagador durante más de 14 días y cuando se han cumplido los criterios de elegibilidad de otro programa. Los proveedores no pueden solicitar el reembolso de cualquier producto gratuito proporcionado por este programa, y reconocen que el programa no incluye el pago de honorarios por administración.				
Declaración del prescriptor: Certifico que la información provista arriba es verídica y que se receta NUCALA al paciente indicado arriba. Por medio de la presente certifico que, los pacientes asegurados que soliciten asistencia con el copago a través del programa de copagos y que no obtengan apoyo financiero de tal programa, tendrán que pagar cualquier copago, coseguro u otro gasto del bolsillo relacionado con NUCALA cuando reciban tratamiento. Asigno al programa Gateway to NUCALA para que a mi nombre transmita esta receta a la farmacia que surte el medicamento, en la medida que lo permitan las leyes estatales. Nota especial: Los prescriptores de todos los estados deben acatar las leyes vigentes sobre recetas válidas. A los prescriptores de estados que tengan requisitos oficiales de formularios de recetas: envíen una receta impresa con este formulario de inscripción. Es posible que los prescriptores tengan que enviar una receta electrónica a la farmacia de especialidades.				
FIRMA DEL PRESCRIPTOR				
		SE PERMITEN SUSTITUCIONES	(Fecha)	SURTIR COMO INDICA LA RECETA*
				(Fecha)

Opcional: Programa de Asistencia al Paciente MyNucala

GSK ofrece servicios y recursos útiles para apoyarlo durante su tratamiento con MyNUCALA.

GlaxoSmithKline (GSK) considera que su privacidad es importante. Al proporcionar su nombre, dirección, número de teléfono, dirección electrónica y otra información, usted otorga a GSK y a las compañías que colaboran con GSK permiso para enviarle anuncios de comercialización o promoción a través de múltiples medios, como correo postal, correo electrónico, sitios web, publicidad, aplicaciones y servicios en línea, relacionados con la afección o afecciones en las que ha expresado interés, así como otra información de GSK relacionada con la salud. GSK no venderá ni transferirá su nombre, dirección o correo electrónico a ninguna otra parte para los propósitos de comercialización de dicha otra parte. Si desea más información sobre la manera en que GSK maneja su información, consulte nuestra declaración de privacidad.

Lo exhortamos a que notifique a la FDA los efectos secundarios negativos de los medicamentos de venta con receta. Visite www.fda.gov/medwatch o llame al 1-800-FDA-1088.

Programa de Asistencia al Paciente — Pacientes sin seguro

Los pacientes sin seguro a los que se receta NUCALA podrían tener derecho a participar en el Programa de Asistencia al Paciente (Patient Assistance Program, PAP) de GSK. (Tenga en cuenta que esto no es un seguro médico.) Para saber si puede participar, proporcione la información que se solicita abajo.

Inscripción en el programa PAP A RELLENAR POR EL PACIENTE

Ingresos familiares anuales antes de los impuestos: _____
Número de miembros de la familia que viven en el hogar: _____

Los solicitantes de PAP requieren presentar un comprobante de todas las fuentes de ingresos de la familia en el momento de la solicitud, incluida una (1) copia de los siguientes documentos: declaración federal de impuestos más reciente, talón del cheque de pago, declaración W-2, estado bancario o comprobante de otra fuente de ingresos. Esta información solo se usará para determinar si tiene derecho a participar en el PAP. Si no cuenta con una de las fuentes mencionadas, llame al 1-844-468-2252 y solicite más información.