VONJO connect

APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE VONJO

- Llame a VONJO Connect™ al **1-888-284-3678** de lunes a viernes, de 8:30 A. M. a 7 P. M., hora del este o visite **VonjoConnect.com**
- Complete y firme esta aplicación; luego, envíela 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.° de teléfono del hogar: _____ N.° de teléfono móvil: _____ Correo electrónico: _____

Método de contacto preferido: ◯ N.° de teléfono ◯ Mensaje de texto ◯ Correo electrónico Mejor hora para llamar: ◯ Mañana ◯ Tarde ◯ Noche

Género: ◯ 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.° de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

2 INFORMACIÓN FINANCIERA

Total de ingresos brutos anuales en el hogar $ _____ Incluye una cantidad total en el hogar de: Adultos (18+) _____ Niños _____

Si se solicita, un paciente debe proporcionar uno de los siguientes documentos financieros.

- Declaración fiscal federal o estatal del año fiscal más reciente
- Recibos de sueldo de los 3 períodos de pago más recientes
- Formulario W-2 actual
- Carta de concesión de seguro de SSDI/SSI
- Formulario 1099

Si no hay evidencia de ingresos disponible, el paciente o el representante autorizado pueden completar una declaración de ingresos notariada o proporcionar un testimonio.

3 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).

Nombre completo del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____ /____ /____

Seguro médico principal: _____

N.° de teléfono del seguro: _____ N.° de grupo: _____ N.° de identificación: _____

Seguro para recetas: _____ Grupo de la receta: _____ BIN para la receta: _____ PCN para la receta: _____

Seguro Médico Secundario: _____

N.° de teléfono del seguro: _____ N.° de grupo: _____ N.° de identificación: _____

Seguro para recetas: _____ Grupo de la receta: _____ BIN para la receta: _____ PCN para la receta: _____

4 AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Mi firma debajo certifica que he leído, comprendido y aceptado la Declaración de autorización del paciente de la sección 5 en la página 2.

FIRME AQUÍ **Firma del paciente:** _____ **Fecha:** ____ /____ /____

O

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.

VONJO connect

APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE VONJO

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

5 DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Mi firma en esta aplicación para el Programa de asistencia al paciente de VONJO ("PAP" o "Programa"), autoriza a mis médicos, proveedores de atención médica, plan de salud o pagador, y mi farmacia a divulgar mi información a Sobi Inc. ("Compañía") y sus proveedores externos, vendedores y otros Proveedores de servicios que apoyan VONJO Connect y el PAP de VONJO (colectivamente, los "Proveedores de servicios"). Esta información puede incluir, pero no se limita 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 la información de una agencia de informes del consumidor (oficina de crédito) para estimar mis ingresos junto con el proceso de determinación de elegibilidad realizado al revisar mi elegibilidad bajo el PAP, así como mi afección médica (por ejemplo, mi diagnóstico o mis medicamentos) (en conjunto, "Información médica protegida o Información que permite la identificación personal"). La Información de identificación personal usada por los Proveedores de servicios 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. 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. 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 VONJO Connect y a otros Proveedores de servicios. Comprendo que los Proveedores de servicios se reservan el derecho de solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento.

Los Proveedores de servicios utilizarán y divulgarán mi información para (i) evaluar mi elegibilidad para el PAP de VONJO; (ii) inscribirme en el PAP de VONJO, si se determina que soy elegible; (iii) proporcionarme a mí o a la persona legalmente autorizada para firmar en mi nombre información y material educativo; (iv) verificar mi elegibilidad para reinscribirme en el PAP de VONJO, si corresponde; y (v) ayudar con los análisis de las eficiencias y el rendimiento de los servicios prestados por los Proveedores de servicios. Si soy elegible para participar en el PAP de VONJO comprendo que: (i) no se garantiza la inscripción continua en el programa, (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 VONJO Connect si 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.

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 PAP de VONJO, lo que suceda más tarde, a menos que la ley estatal exija un período más corto. Entiendo que no estoy obligado a firmar esta Autorización, pero si decido no firmar esta Autorización, VONJO Connect no podrá evaluar mi elegibilidad para participar en el PAP de VONJO.

Acepto permitir que los Proveedores de servicios se comuniquen conmigo por correo electrónico o teléfono celular usando la información de contacto proporcionada en esta aplicación, 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 el PAP de VONJO sin aceptar recibir mensajes de texto. Entiendo que al proporcionar mi número de teléfono celular en esta aplicación 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.

VONJO connect

APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE DE VONJO

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

6 INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Apellido:_____ Nombre: _____ Nombre del consultorio/la institución: _____

Calle: _____ Oficina: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.° de NPI: _____ N.° de identificación del proveedor de Medicaid: _____ N.° de identificación fiscal: _____

Nombre del contacto de la consulta: _____ N.° de teléfono: _____

N.° de fax: _____ Correo electrónico: _____

Información del remitente (si es diferente de la anterior). Apellido: _____ Nombre: _____

Nombre del centro o consultorio: _____

N.° de teléfono: _____ N.° de fax: _____ Correo electrónico:_____

7 DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Mi firma certifica que la persona nombrada en esta aplicación es mi paciente: que la información proporcionada en esta aplicación, a mi leal saber y entender, es completa y exacta; y que la terapia con VONJO® (pacritinib) es médicamente necesaria y así se lo he explicado a mi paciente. También certifico que recibí la autorización necesaria del paciente 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 evaluar la elegibilidad de mi paciente para el Programa de asistencia al paciente (Programa PAP) de VONJO. Si mi paciente es elegible para el Programa PAP, autorizo a VONJO Connect a reenviar la receta a la farmacia adecuada que dispensa el medicamento del PAP. Acepto notificar a VONJO Connect si tengo conocimiento en cualquier momento en el futuro de cambios que pudieran afectar la elegibilidad de mi paciente, incluidos, pero no limitado a, cambios en el estado o cobertura del seguro médico, estado financiero o de 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, (i) no solicitaré el reembolso a ningún tercero pagador o entidad gubernamental por ningún medicamento proporcionado en el programa PAP; (ii) entiendo que no se le puede cobrar a ningún paciente por el producto proporcionado en el programa PAP y (iii) que el hecho de que mi paciente reciba medicación dentro del programa PAP no está supeditado a futuras compras o prescripciones de VONJO.

Nota especial: Los prescriptores de todos los estados deben cumplir la legislación aplicable para una receta válida. Los prescriptores en estados con requisitos oficiales del formulario de receta deben enviar una receta real junto con esta aplicación.

Reconozco que puedo ser contactado por correo electrónico, correo postal o fax usando la información que he proporcionado, y comprendo que VONJO Connect usará y divulgará mi información de acuerdo con la política de privacidad de Sobi, disponible en www.sobi.com/usa/en/privacy-policy-us.

Mi firma a continuación certifica que he leído, comprendido y aceptado la 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.*

8 INFORMACIÓN CLÍNICA Adjunte todas las notas clínicas necesarias.

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

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

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

Otro: _____ Tratamiento previo: _____

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.° de NDC 72482-100-12)

Instrucciones: _____ Cantidad: _____ ◯ Resurtidos: _____

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

dispense según lo indicado

o

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

Sustitución permitida

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

CIE-10=*Clasificación internacional de enfermedades, décima edición*; NDC=Código Nacional de Medicamentos.

sobi

VONJO es una marca comercial registrada y VONJO Connect es una marca comercial propiedad de Sobi, Inc.
©2025 Sobi, Inc. Todos los derechos reservados. NP-38104 07/25