



Formulario de inscripción al Programa de Asistencia para Pacientes

Los campos obligatorios están marcados con un asterisco (*).

Información de contacto del paciente	1. Nombre*	2. Apellido*	3. Fecha de nacimiento* (DD/MM/AAAA)	4. Sexo al nacer* ☐ Masculino ☐ Femenino
	5. Dirección*	6. Ciudad*	7. Estado*	8. Código postal*
	9(a). ¿El paciente tiene un representante (p. ej., padre, tutor o apoderado para fines de atención médica)? ☐ Sí ☐ No		9(b). Si la respuesta es "Sí", nombre del representante del paciente	
	10. N.º de teléfono del paciente o de su representante* (☐ Fijo ☐ Celular)		11. Correo electrónico del paciente o de su representante (opcional)	
	12. Disponibilidad para que nos comuniquemos con usted* ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche		12(a). Autoriza los correos de voz* ☐ Sí ☐ No	13. Idioma preferido
Información del seguro del paciente	14. El paciente (seleccione todo lo que corresponda)* ☐ No tiene seguro ☐ Tiene Medicaid ☐ Tiene Medicare B ☐ Tiene un seguro privado/comercial ☐ Tiene Medicare Advantage ☐ Tiene otro plan del Gobierno (TRICARE/VA)			
	15. Nombre del plan de prestaciones de farmacia			
	16(a). Nombre del titular de la póliza		16(b). N.º de teléfono del seguro	
	16(c). RX BIN	16(d). RX PCN	16(e). N.º de identificación	16(f). N.º de grupo RX
Información clínica del paciente	17. Diagnóstico* (seleccione una opción) ☐ Z94.0 Trasplante de riñón (CIE-10) ☐ Otro (indique cuál)			
	18. Fecha del trasplante*		19. ¿Medicare pagó el trasplante?* (seleccione una opción) ☐ Sí ☐ No	
	20(a). Dosis diaria total aproximada de ENVARSUS XR® (comprimidos de tacrolimus de liberación prolongada)*		21(b). Dosis recetada* ☐ 0,75 mg ☐ 1 mg ☐ 4 mg	
Información del profesional médico	21. Nombre del médico prescriptor*		22. Apellido del médico prescriptor*	
	23. N.º NPI del médico prescriptor*			
	24. Nombre del centro de salud			
	25. Dirección del centro de salud	26. Ciudad	27. Estado	28. Código postal
	29. Teléfono del centro de salud*		30. Fax del centro de salud*	
	31. Nombre de contacto en el centro de salud*			
	32. Correo electrónico del contacto (opcional)		33. Método preferido de contacto* ☐ Teléfono ☐ Fax ☐ Correo electrónico	
	Al presentar este formulario, el médico prescriptor y el centro de salud certifican lo siguiente: (i) La información proporcionada en este formulario está vigente y es precisa e integral. (ii) El médico prescriptor ha determinado que ENVARSUS XR® (el producto) es necesario para el paciente por motivos médicos, que se le recetó el producto para una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos y que el paciente cumple los requisitos del Programa de Asistencia para Pacientes Veloxis Transplant Support (el Programa PAP). (iii) El médico prescriptor y el centro de salud tienen la autorización y los consentimientos necesarios en archivo para compartir información personal con proveedores de servicios externos de Veloxis Pharmaceuticals, Inc. (representantes autorizados) con relación a su tratamiento. (iv) El médico prescriptor y el centro de salud no presentarán ni causarán la presentación de ninguna reclamación de pago o reembolso en relación con el Programa PAP a pagadores externos, incluidos, entre otros, Medicare o Medicaid. (v) El médico prescriptor y el centro de salud no están obligados a recetar el producto ni a participar en el Programa PAP. (vi) El médico prescriptor y el centro de salud no han recibido ni recibirán ningún beneficio de Veloxis por recetar cualquiera de sus productos. (vii) Veloxis puede suspender en cualquier momento la participación del médico prescriptor y/o del centro de salud en el Programa PAP. (viii) El médico prescriptor y el centro de salud entienden que Veloxis y sus representantes autorizados confían en la exactitud e integridad de esta certificación.			

Prescriba por vía electrónica o envíe por fax una receta por 90 días a:

United BioSource Pharmacy, LLC
Creve Coeur, Misuri - EE. UU.
NPI: 1962978858

Dirección:
600 Emerson Rd Suite 300
Creve Coeur, Misuri 63141 EE. UU.

Número gratis: 855-822-7948
Fax: 866-750-9260

Consentimiento del paciente y aviso de privacidad

Certificación/conformidad del paciente

- Firmas.** Su firma será válida por un período de tres años. **Si llena este formulario en nombre de un paciente**, certifica que es el padre, la madre o el/la tutor(a) legal de un paciente de 17 años **O** que posee un poder notarial para fines de atención médica para dicho paciente. Las referencias a "usted" o "su" a continuación se refieren al paciente. Al firmar este documento usted:
 - acepta los términos y condiciones del Programa de Asistencia para Pacientes de Veloxis Transplant Support (Programa PAP),
 - acepta las siguientes obligaciones, y
 - consiente la recopilación y el uso de su información personal (incluida la comprobación de ingresos).
- Requisitos de elegibilidad.** No se garantiza su inscripción. Su participación en el Programa PAP está sujeta a los siguientes requisitos: (i) usted tiene un seguro comercial o federal de cobertura limitada o no tiene seguro, (ii) usted cumple con los criterios de elegibilidad financieros, (iii) usted es receptor de un trasplante renal, (iv) usted tiene 17 años o más, (v) usted es residente de EE. UU., o de alguno de sus territorios.
- Comprobación de ingresos.** Los representantes autorizados realizarán la verificación electrónica de ingresos por medio de agencias de informes crediticios externas (p. ej., Experian). Si la verificación electrónica no puede llevarse a cabo, se le solicitarán documentos comprobables de su ingreso familiar. Su familia se limita a usted, su cónyuge y sus dependientes. La comprobación de ingresos se realizará anualmente.
- Información personal.** Veloxis está comprometida con su privacidad y utilizará medidas adecuadas para proteger su información personal. Su información es necesaria para: (i) la inscripción o iniciar la inscripción en el Programa PAP; (ii) establecer la elegibilidad para recibir beneficios y proporcionar servicios relacionados, entre ellos, la redirección a servicios de reembolso, servicios para el envío del medicamento y otros servicios de apoyo (si es aplicable y en la medida en que corresponda); (iii) realizar investigaciones y análisis de datos para desarrollar y evaluar productos, servicios, materiales y tratamientos, y mejorar el Programa PAP; (iv) comunicar a sus proveedores de atención médica y planes de salud su plan de tratamiento; (v) contactarle por cuestiones relacionadas con el Programa PAP y todos los servicios de apoyo o para obtener más información o aclaraciones sobre cualquier evento adverso que pueda presentar; (vi) ayudar con la entrega del medicamento. Su información incluye la información de contacto, información sobre prestaciones de seguro o farmacia, información sobre trasplantes e información sobre medicamentos recetados. Ni Veloxis ni sus representantes autorizados venderán su información ni la compartirán con terceros (excepto con los representantes autorizados). Veloxis paga a los representantes autorizados por los servicios que le prestan, no a cambio de su información. Los representantes autorizados recopilarán la información de usted, del consultorio de su proveedor de atención médica, de farmacias o de agencias de informes crediticios para consumidores. Las llamadas telefónicas se pueden grabar con el fin de controlar la calidad o por otros motivos relacionados con el Programa PAP. Su información se conservará el tiempo necesario para gestionar su inscripción y participación en el Programa PAP. Veloxis no recibirá su información identificable; sin embargo, los representantes autorizados podrán proporcionar a Veloxis informes anonimizados sobre el Programa PAP. Puede tener ciertos derechos legales según las leyes de privacidad del lugar donde reside, como el derecho a consultar o corregir su información. Tiene la opción de revocar el consentimiento para usar su información. **Sin embargo, si revoca su consentimiento significa que no podrá seguir formando parte del Programa PAP.** Puede enviar las preguntas o solicitudes relacionadas con su información por escrito a help@veloxistransplantsupport.com.
- Sus obligaciones.** Usted certifica que su solicitud está completa y correcta. Notificará oportunamente al representante autorizado mediante correo electrónico a help@veloxistransplantsupport.com de cualquier cambio en su información (p. ej., cambios en su ingreso familiar, cambio de dirección, cambio de información de contacto). No actualizar su información de manera oportuna puede retrasar las comunicaciones del Programa PAP o la recepción de su medicamento. No proporcionar la información necesaria a un representante autorizado cuando se le solicite puede afectar su elegibilidad para el Programa PAP. No presentará ninguna reclamación a una compañía de seguros comercial o federal, o a un plan de prestaciones de farmacia. Si tiene cobertura con Medicare Parte D, el costo/valor del medicamento del Programa PAP no se contará como gastos de bolsillo para el medicamento del programa y notificará a su plan sobre su inscripción. No venderá, cambiará ni transferirá ningún medicamento del Programa PAP. Usted es responsable de cualquier costo de mensajería o de datos asociado con los mensajes de texto.

Comprobación de ingresos

☐ Yo autorizo a Veloxis Transplant Support y a sus representantes autorizados a que verifiquen mis ingresos familiares por métodos electrónicos.

Incluyéndome a mí, tengo/tenemos _____ (cantidad) personas a cargo en nuestro hogar.

Si no se autoriza la comprobación electrónica, deberá proporcionar pruebas alternativas de ingresos para procesar la solicitud.

Nombre en letra de imprenta del paciente o de su representante

Firma del paciente o de su representante

Vínculo con el paciente (si corresponde) ☐ Tutor ☐ Apoderado para fines de atención médica