



Los servicios del programa incluyen:

- Cobertura
- Programa de asistencia al paciente*
- Información sobre el producto y estado de la enfermedad
- Atención oftalmológica
- Programa de asistencia con los copagos
- Información sobre recursos comunitarios

El Programa de asistencia al paciente de GSK es gestionado por GSK Patient Access Programs Foundation, una organización independiente sin fines de lucro, independiente de GSK.

Información del paciente

*Indica campos obligatorios.

Apellido*:		Nombre*:	
Calle*:		Ciudad*:	
Estado*:	Código postal*:	Correo electrónico:	
Fecha de nacimiento* (dd/mm/aaaa):		Preferencia de idioma (si no es inglés):	
Sexo (asignado al nacer): <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		Nombre del contacto alternativo:	
N.º de teléfono preferido*:	<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Celular	Teléfono del contacto alternativo:	<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Celular
Horario preferido para comunicarse: <input type="radio"/> Mañana <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noche		Relación del contacto alternativo con el paciente:	
¿Puede dejarse un mensaje de voz con detalles? <input type="checkbox"/> Sí			

Inscribirse para recibir notificaciones por mensaje de texto (Opcional):

Suscripción voluntaria (proporcionar el número de teléfono celular en la casilla anterior)

Al proporcionar su número de teléfono y marcar esta casilla, usted acepta recibir alertas por SMS de Together with GSK. Estos mensajes de texto pueden generarse mediante la marcación automática al número que usted proporcione. La frecuencia de los mensajes es variable. Envíe un mensaje de texto con la palabra HELP al 29058 para obtener ayuda y STOP para cancelar la suscripción; pueden cobrarse tarifas de mensajes y datos. Consulte los términos y las condiciones y el aviso de privacidad a continuación o adjuntos al primer mensaje de texto. Visite <https://togetherwithgsk.com/terms-and-conditions/> y <https://privacy.gsk.com/en-us/privacy-notice/> para más información.

Programa de tratamiento de apoyo con gotas para los ojos (Opcional; los pacientes elegibles pueden recibir gotas lubricantes para los ojos sin conservadores)

Sí, me gustaría participar en el programa de tratamiento de apoyo con gotas para los ojos

Al suscribirme voluntariamente, acepto que GSK use la información sobre mi uso continuo de BLNREP para proporcionarme gotas lubricantes para los ojos sin conservadores de forma gratuita. NO se necesita la información del seguro para ser elegible para las gotas para los ojos.

Información del seguro (proporcione copias del frente y el reverso de todas las tarjetas de seguro)

<input type="checkbox"/> Sin seguro	Seguro primario	Seguro secundario
Proveedor del seguro		
Teléfono del seguro		
Nombre del titular de la tarjeta (si no es el paciente)		
Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta		
N.º de póliza		
N.º de grupo		

Autorización del paciente (OBLIGATORIA) y consentimiento para recibir comunicaciones de mercadotecnia (Opcional)

Nombre del paciente o el cuidador (en letra de imprenta): _____ Relación con el paciente: _____

He leído y estoy de acuerdo con la **Autorización del paciente conforme a la HIPAA** que se incluye en la página 4 (**obligatorio**)

FIRMA DEL PACIENTE _____ **FIRMA DEL PACIENTE AQUÍ** _____ Fecha (dd/mm/aaaa): _____

He leído y acepto el consentimiento de suscripción voluntaria para recibir comunicaciones de mercadotecnia de la página 2 (opcional)

FIRMA DEL PACIENTE _____ **FIRMA DEL PACIENTE AQUÍ** _____ Fecha (dd/mm/aaaa): _____



Formulario de inscripción en Together with GSK
 Envíe por fax el formulario de inscripción completado al 1-844-760-0940
 Para recibir ayuda, llame al 1-844-4GSK-ONC (1-844-447-5662)
 De lunes a viernes (8 a. m. a 8 p. m., hora del este)

Visítenos en www.TogetherwithGSK.com

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____

Información del profesional de atención oftalmológica (ECP) (proporciónela si la conoce)

Nombre del ECP:	Teléfono:		
Nombre del centro/instalación:	Fax:		
Calle:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Programa de asistencia al paciente[†] (PAP) para pacientes sin seguro y pacientes de Medicare que cumplan con los requisitos (Opcional)

Los pacientes sin seguro y con seguro insuficiente a quienes se les haya recetado BLENREP podrían ser elegibles para el Programa de asistencia al paciente (PAP) de GSK. (Tenga en cuenta que esto no constituye un seguro de salud). Para averiguar si califica, complete la información que se solicita a continuación.

Los pacientes de Medicare que soliciten la inscripción en el PAP deben proporcionar su identificación de beneficiario de Medicare (MBI) que se encuentra en su tarjeta de seguro médico de Medicare emitida por el gobierno. Son 11 caracteres compuestos por letras y números (p. ej., 1EG4-TE5-MK73)

Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI): _____

Inscribirse en el PAP

Ingresos familiares anuales antes de impuestos: _____ Cantidad de miembros en la familia que residen en el hogar: _____

Los solicitantes autorizan al PAP de Together with GSK y a sus administradores a conseguir un informe del consumidor. El informe del consumidor y la información derivada de fuentes públicas y de otro tipo se utilizarán para estimar los ingresos como parte del proceso para decidir la elegibilidad para recibir medicamentos gratuitos del PAP de GSK. Previa solicitud, el PAP de GSK proporcionará a los solicitantes el nombre y la dirección de la agencia de informes del consumidor que proporcione el informe del consumidor. El programa puede solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento, incluso después de la inscripción, para determinar si la información en el formulario de inscripción está completa y es verdadera. Los pacientes que participan o están inscritos en un plan de financiación alternativo no son elegibles para el PAP de GSK. Si tiene más preguntas acerca de la elegibilidad, comuníquese con el programa o visite GSKPAF.org.

[†]El Programa de asistencia al paciente de GSK es gestionado por GSK Patient Access Programs Foundation, una organización independiente sin fines de lucro, independiente de GSK.

Suscripción voluntaria en comunicaciones de mercadotecnia (opcional)

GSK ofrece servicios y recursos útiles que le ayudan a comenzar y continuar el tratamiento con BLENREP. Para GSK, su privacidad es importante. Al proporcionar su nombre, dirección, dirección de correo electrónico y otra información, incluida su indicación a continuación, usted autoriza que GSK y las empresas que trabajan para o con GSK se pongan en contacto con usted para fines de comunicaciones de mercadotecnia, estudios de mercado o publicidad, o le inviten a interactuar de otras formas con GSK por medio de diversos canales (p. ej., correo postal, correo electrónico, sitios web, publicidad en línea, solicitudes y servicios) en relación con las afecciones médicas sobre las que usted ha expresado interés, así como otra información de GSK referente a la salud. GSK no venderá ni transferirá su nombre, domicilio ni dirección de correo electrónico a terceros para sus propios fines de comercialización.

Indicación de BLENREP (marque todas las opciones pertinentes):

Mieloma múltiple que no ha alcanzado la remisión Mieloma múltiple recurrente

Para obtener más información acerca de cómo GSK maneja su información, consulte nuestro aviso de privacidad en <https://privacy.gsk.com/en-us/>.

Se le invita a que informe de cualquier efecto secundario negativo de medicamentos recetados a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Visite www.fda.gov/medwatch o llame al 1-800-FDA-1088.

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____

Información de quien receta/centro (OBLIGATORIO)

*Indica campos obligatorios.

Apellido de quien receta*:		Nombre*:	Especialidad:	
N.º de identificación fiscal*:	N.º de NPI*:		N.º de licencia estatal*:	
Nombre del consultorio*:				
Calle*:	Ciudad*:		Estado*:	Código postal*:
Nombre del contacto del consultorio*:		Teléfono*:	Ext.*:	
Correo electrónico de contacto del consultorio*:		Fax*:		

Centro donde se hacen las infusiones (Opcional, complete esta sección SOLO si el centro encargado de la administración no es el mismo centro que emitió la receta)

Nombre de la instalación:		Teléfono:	
Calle:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Correo electrónico de contacto del consultorio:		Fax:	

Información clínica

Código ICD-10 del diagnóstico	<input type="radio"/> C90.00 - Mieloma múltiple que no ha alcanzado la remisión
	<input type="radio"/> C90.02 - Mieloma múltiple recurrente
	<input type="radio"/> Otro:

Receta

MEDICAMENTO	CONCENTRACIÓN/ FORMA FARMACÉUTICA	CANT.	PESO	ESQUEMA PROPUESTO
BLNREP por vía IV	70 mg de belantamab mafodotina-blmf en polvo liofilizado en un vial de dosis única para reconstitución y dilución adicional		kg	<input type="radio"/> Con bortezomib y dexametasona BLNREP 2.5 mg/kg mediante infusión intravenosa de aproximadamente 30 minutos de duración una vez cada 3 semanas, por 8 ciclos, seguidos de monoterapia con BLNREP 2.5 mg/kg cada 3 semanas
				<input type="radio"/> Otro:

OBLIGATORIO: Declaración de quien receta

Certifico que la información que antecede es veraz y que se le ha recetado BLNREP al paciente antes nombrado. Además, certifico que BLNREP es medicamento necesario para el paciente mencionado arriba de acuerdo con mi criterio clínico independiente. Por medio de la presente certifico que, en el caso de cualquier paciente asegurado que esté buscando obtener asistencia de copago a través del Programa de copago y en ausencia de asistencia económica de dicho programa, todos los copagos, coaseguros u otros gastos de bolsillo aplicables relacionados con BLNREP se le cobrarán al paciente en el momento del tratamiento. Designo a Together with GSK para que, en mi representación, entregue esta receta a la farmacia dispensadora, en la medida en que la ley estatal lo permita. Nota especial: Los profesionales que prescriben recetas de todos los estados deben seguir las leyes aplicables para las prescripciones válidas. Los prescriptores en estados con requisitos de formularios de recetas oficiales deben presentar la receta original junto con este formulario de inscripción. Es posible que quienes recetan deban presentar una receta electrónica a la farmacia especializada.

PARA LA FIRMA
DE QUIEN RECETA



FIRMA DE QUIEN RECETA AQUÍ

Fecha
(dd/mm/aaaa): _____

AUTORIZACIÓN Y PERMISO DEL PACIENTE PARA OBTENER, UTILIZAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD



Visítenos en www.TogetherwithGSK.com

Al firmar la página 1 de este formulario, **autorizo** a mis médicos; farmacias, incluidas mis farmacias especializadas; y aseguradoras de salud (colectivamente "Proveedores de servicios de salud") para que usen y proporcionen mi información médica personal (mi "Información") a GlaxoSmithKline y a GSK Patient Access Programs Foundation y sus agentes, representantes autorizados y contratistas (colectivamente "GSK") para que GSK pueda usar y divulgar mi Información con el propósito de proporcionar los servicios de Together with GSK o los Programas de asistencia al paciente, los que pueden incluir las siguientes actividades:

1. Comunicarme con mis proveedores de servicios de salud acerca de mi prescripción y afección médica;
2. Investigar y resolver mi consulta sobre cobertura, codificación o reembolso del seguro, o analizar mi elegibilidad para los programas de asistencia al paciente y asistencia para copagos de GSK;
3. Contactar a mi aseguradora, otras posibles fuentes de financiamiento o programas de asistencia al paciente en mi nombre para determinar si soy elegible para la cobertura de seguro de salud o para otros fondos;
4. Divulgar mi información a terceros si así lo exige la ley;
5. Enviarme información educativa sobre mi medicamento y comunicarse conmigo para describir (y, si estoy interesado, brindarme) servicios educativos opcionales que ofrecen profesionales de la salud; y
6. Enviarme información promocional, como se describe en el párrafo de consentimiento para la suscripción voluntaria para comunicaciones de mercadotecnia en la página 2 de este formulario si firmo el consentimiento para comunicaciones de marketing de BLENREP de la página 1 de este formulario.

Al firmar esta autorización, **reconozco** que he comprendido que:

- Mis proveedores de servicios de salud no podrán condicionar mi tratamiento, el pago del tratamiento ni la elegibilidad para los beneficios o la inscripción en los beneficios al hecho de que yo firme o no la presente autorización del paciente.
- Ciertos Proveedores de Servicios de Salud, tales como las farmacias especializadas, podrán recibir un pago de GSK por divulgar mi información a GSK según lo permita esta autorización.
- Una vez que mi información se divulgue a GSK con base en esta autorización, es posible que las leyes federales de privacidad ya no protejan la información ante una nueva divulgación. Sin embargo, también entiendo que GSK tiene la intención de compartir mi información solo según se describe en esta Autorización o según lo permita la ley.
- Esta autorización seguirá vigente durante dos (2) años después de que la firme o mientras yo participe en Together with GSK o en el Programa de asistencia al paciente de GSK, lo que tuviera una duración más prolongada, sujeta a cualquier requisito de las leyes estatales aplicables sobre el vencimiento de la autorización.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo además que para ello debo enviar por correo postal una declaración por escrito y firmada de mi revocación a **Together with GSK**, 2250 Perimeter Park Drive, Ste. 300, Morrisville, NC 27560. En caso de tal revocación, la autorización para usar o divulgar mi información perderá validez, pero no así todo uso o divulgación realizados antes de la fecha en que se reciba mi declaración de revocación por escrito. Entiendo que, incluso si revoco la autorización, GSK puede mantener mi información como parte de los registros de mi participación en el programa Together with GSK y en el Programa de asistencia al paciente de GSK.
- Entiendo que yo, como paciente o representante legal que firma en nombre del paciente, tengo derecho a recibir una copia de este formulario firmado.

El paciente, o el representante autorizado del paciente, DEBE firmar este formulario (página 1) para que el paciente reciba los servicios de Together with GSK o del Programa de asistencia al paciente de GSK. Si un representante autorizado firma en nombre del paciente, debe indicar la relación con el paciente.

Las marcas comerciales son propiedad de sus respectivos dueños.