



Los servicios del programa incluyen:

- Apoyo con la cobertura
- Programa de asistencia al paciente (PAP)*
- Programa de asistencia con los copagos
- Información sobre el producto y estado de la enfermedad
- Asistencia para reclamos y facturación

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

Información del paciente El asterisco (*) indica los campos obligatorios.

Apellido*:		Nombre*:	
Calle*:		Ciudad*:	
Estado*:	Código postal*:	Correo electrónico*:	
Fecha de nacimiento* (mm/dd/aaaa):	Sexo:	Preferencia de idioma (si no es inglés):	
N.º de teléfono preferido*:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil	Nombre del contacto alternativo:	
¿Se puede dejar un mensaje de voz detallado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		N.º de teléfono del contacto alternativo: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil	
Horario preferido para llamadas: <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche		Relación del contacto alternativo con el paciente:	

Suscribirse a las notificaciones por mensaje de texto (opcional): <input type="checkbox"/> Suscribirse (proporcionar el número de teléfono móvil arriba)	Al proporcionar su número de teléfono y marcar esta casilla, usted se suscribe para recibir alertas por SMS de Together with GSK-Especialidad. Estos mensajes de texto se pueden generar 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 45851 para obtener ayuda y STOP para cancelar la suscripción; pueden cobrarse tarifas de mensajes y datos. Consulte los términos y 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 obtener más información.
--	---

Nombre en letra de imprenta:	Relación con el paciente:
------------------------------	---------------------------

FIRMA DEL PACIENTE	AQUÍ SE REQUIERE LA FIRMA DEL PACIENTE	Fecha:
--------------------	---	--------

He leído y estoy de acuerdo con el Formulario de autorización del paciente conforme a la HIPAA (consulte la página 4).*

FIRMA DEL PACIENTE	FIRMA DEL PACIENTE AQUÍ	Fecha:
--------------------	--------------------------------	--------

He leído y acepto el consentimiento de suscripción a comunicaciones de marketing de la página 3 (opcional).

Información sobre el seguro: Proporcione copias del frente y el reverso de todas las tarjetas de seguro médico y de medicamentos recetados.*

<input type="checkbox"/> Sin seguro	Seguro principal	Seguro secundario	Seguro de farmacia
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:			
BIN/PCN:	N/C	N/C	

¿Tiene el pagador una autorización previa en sus archivos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", proporcione el n.º de autorización:	Fecha de vencimiento:
--	--	-----------------------

Programa de asistencia al paciente† (PAP): Para que complete el paciente solo si solicita asistencia del PAP.

Los pacientes sin seguro y los pacientes de Medicare elegibles a quienes se les haya recetado EXDENSUR podrían ser elegibles para el PAP de GSK. Para averiguar si califica, complete la información que se solicita a continuación.

Ingreso familiar anual antes de impuestos:	Cantidad de miembros en la familia que residen en el hogar:	EL PACIENTE DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN
Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI):		

Los solicitantes autorizan al PAP especializado de GSK y a sus administradores a obtener un informe de 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 especializado de GSK. Previa solicitud, el PAP especializado 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 financiamiento alternativo no son elegibles para el PAP de GSK. Si tiene más preguntas acerca de la elegibilidad, comuníquese con Together with GSK o visite GSKPAF.org.

†El Programa Especializado de Asistencia al Paciente de GSK es gestionado por GSK Patient Access Programs Foundation, una organización independiente sin fines de lucro, aparte de GSK.



El asterisco (*) indica los campos obligatorios

Información del médico recetante, de adquisición y de administración: Se requiere la firma del médico recetante en todos los formularios de inscripción.

Apellido del médico recetante*:	Nombre del médico recetante*:		
Nombre del consultorio*:	Especialidad:		
Calle*:	Ciudad*:	Estado*:	Código postal*:
Nombre del contacto del consultorio*:	Preferencia de comunicación del proveedor de atención médica (HCP)*:		<input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono
Correo electrónico:	Teléfono*:	Ext.:	Fax*:
ID fiscal del médico recetante*:	N.º de licencia estatal*:		
N.º de NPI del médico recetante*:			

Centro de atención preferido para la verificación de beneficios*

Lugar de administración

Método de adquisición

☐ Jeringa precargada (PFS)

☐ Consultorio del médico (MDO)

☐ Compra para facturación al paciente (Buy & bill)

☐ Centro de atención alternativo (ASOC)

☐ Farmacia especializada

Centro de atención: Complete esta sección SOLAMENTE si el lugar de administración no es el consultorio que emite la receta.

Consultorio/centro donde se administrará:	Nombre del médico que lo administrará:		
Calle:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Ext.:	Fax:	NPI:

☐ Marque aquí si necesita la asistencia de Together with EXDENSUR para identificar un centro alternativo de atención.

***Códigos de diagnóstico e información clínica: El proveedor es el encargado de determinar el código de diagnóstico más apropiado. Se debe consultar al pagador del paciente para conocer los requisitos de codificación o documentación.**

Asma grave	<input type="checkbox"/>	J45.50	Asma persistente grave, sin complicaciones
	<input type="checkbox"/>	J45.51	Asma persistente grave con exacerbación (aguda)
	<input type="checkbox"/>	J82.83	Asma eosinofílico
Otro código ICD-10-CM	<input type="checkbox"/>		



Información del médico recetante, de adquisición y de administración (cont.)

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):

• Se requiere la firma del médico recetante a continuación para recetas o inscripción • La selección de farmacias especializadas está sujeta a los requisitos del plan de salud

☐ Nuevo ☐ Recomenzar ☐ Continuar

Fecha del último tratamiento (dd/mm/aaaa):

Fecha del próximo tratamiento/

Fecha en que se requiere el medicamento (dd/mm/aaaa):

¿Ya se ha enviado la receta a una farmacia especializada? ☐ No ☐ Sí, ¿a cuál?

¿Le gustaría que derivemos la receta a una farmacia especializada?

☐ No ☐ Sí: ☐ Farmacia especializada CareMed ☐ Farmacia especializada Walgreens

Alergias:

Tratamiento concurrente:

Receta: el médico recetante debe indicar el régimen de dosificación preferido de EXDENSUR.

MEDICAMENTO	CONCENTRACIÓN/FORMA FARMACÉUTICA	CANT.	RESURTIDOS	INSTRUCCIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN
Administrado en el consultorio	Jeringa precargada (PFS) de EXDENSUR	<input type="checkbox"/> Jeringa precargada de dosis única con 100 mg/ml (NDC 0173-0927-42)		<input type="checkbox"/> Asma grave: 100 mg por vía subcutánea en la parte superior del brazo, muslo o abdomen cada 6 meses

Declaración del médico recetante: Confirmando que la información que antecede es veraz y que le he recetado EXDENSUR al paciente antes nombrado. Por medio de la presente certifico que, en el caso de cualquier paciente con seguro que esté buscando obtener asistencia para los copagos a través del Programa de copagos y en ausencia de asistencia económica de dicho programa, todos los copagos, coaseguros u otros gastos de bolsillo aplicables relacionados con EXDENSUR se le cobrarán al paciente al momento del tratamiento. Designo al programa Together with GSK para que, en mi representación, entregue la presente receta a la farmacia dispensadora, en la medida en que lo permita la ley estatal. **Nota especial:** Los profesionales que prescriben recetas de todos los estados deben seguir las leyes aplicables para las prescripciones válidas. Los médicos recetantes en estados con requisitos de formularios de recetas oficiales deben presentar la receta original junto con este formulario de inscripción. Es posible que los profesionales que prescriben recetas deban presentar una receta electrónica a la farmacia especializada.

A FIRMAR POR EL MÉDICO RECETANTE



EL MÉDICO RECETANTE DEBE FIRMAR AQUÍ

SE PERMITE LA SUSTITUCIÓN

(Fecha)

DISPENSAR SEGÚN INDICACIONES ESCRITAS*

(Fecha)

Consentimiento para la suscripción a comunicaciones de marketing (opcional)

GSK ofrece servicios y recursos útiles que le ayudan a comenzar y continuar el tratamiento con EXDENSUR. Para GSK, su privacidad es importante. Al proporcionar arriba su nombre, dirección, dirección de correo electrónico y otra información, incluida su indicación, usted autoriza que GSK y las empresas que trabajan para o con GSK se pongan en contacto con usted para fines de comunicaciones de marketing, estudios de mercado o publicidad, o lo 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, dirección ni dirección de correo electrónico a ningún otro tercero para sus propios fines de comercialización.

Correo electrónico del paciente:

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



Visítenos en www.TogetherwithGSK.com

Al firmar este formulario, **autorizo** a mis médicos; farmacias, incluidas mis farmacias especializadas; centro alternativo de atención, y aseguradoras de salud (colectivamente "Proveedores de salud") para que usen y divulguen mi información médica personal (mi "Información") a GlaxoSmithKline y a la GSK Patient Access Programs Foundation y sus agentes, representantes autorizados y contratistas (colectivamente "GSK") para que GSK use y divulgue 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) comunicarse con mis proveedores de atención médica en relación con mi receta de EXDENSUR y mi afección médica;
- 2) investigar y resolver mi consulta sobre cobertura, codificación o reembolso de seguro, o revisar mi elegibilidad para los programas de asistencia al paciente y asistencia para copagos de GSK;
- 3) ponerse en contacto con mi aseguradora, otras posibles fuentes de financiamiento o programas de asistencia al paciente en mi nombre, a fin de determinar si soy elegible para la cobertura del seguro de salud o para otros fondos;
- 4) divulgar mi información a terceros si así lo exige la ley;
- 5) enviarme material informativo sobre EXDENSUR y comunicarse conmigo para describir (y, si estoy interesado, brindarme) servicios educativos opcionales que ofrecen profesionales de la salud; y
- 6) si firmo el Consentimiento de asistencia de Together with GSK en la página 1 de este formulario, enviarme información promocional, como se describe en el párrafo de consentimiento para la asistencia de Together with GSK en la página 3 de este formulario.

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

- Mis proveedores de atención médica no podrán condicionar mi tratamiento, pago del tratamiento, elegibilidad para los beneficios ni inscripción en los beneficios al hecho de que yo firme o no la presente Autorización del paciente.
- Ciertos proveedores 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 mediante el envío por correo postal de una declaración por escrito y firmada de 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 recibiera 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 para recibir 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.