

# Formulario de inscripción en la terapia genética de Sarepta

**SareptAssist:** Para obtener más información sobre SareptAssist, llame al 1-888-727-3782, de lunes a viernes (de 8:30 a. m. a 6:30 p. m. ET)



SareptAssist es un programa de apoyo al paciente ofrecido por Sarepta Therapeutics, diseñado para proporcionar información que ayude a los pacientes a iniciar el proceso para recibir terapia genética.

El equipo de SareptAssist proporcionará información sobre:

- Beneficios del seguro
- Opciones de asistencia financiera
- Logística del tratamiento
- Educación y apoyo continuos

## Instrucciones para completar el formulario de inscripción en la terapia genética de Sarepta

El formulario de inscripción en la terapia genética de Sarepta es necesario para determinar la idoneidad del paciente e iniciar el proceso para recibir la terapia. Este formulario **debe ser completado y enviado por el médico/profesional de la salud calificado**.

### SECCIÓN 1 Información general (página 1)

- Esta sección **siempre debe completarse al enviar el formulario de inscripción en la terapia genética de Sarepta**. Asegúrese de proporcionar la información para el paciente y la información para el médico en esta sección

### SECCIÓN 2 Prueba de anticuerpos AAVrh74 avalada por Sarepta (página 1)

- Esta sección **debe completarse para solicitar la prueba de anticuerpos AAVrh74 avalada por Sarepta con el fin de determinar la elegibilidad del paciente para el tratamiento**
- **Nota:** Indique al paciente que lleve consigo una copia del formulario de inscripción en la **terapia genética de Sarepta completado y firmado y del kit de recogida de suero de Athena-Sarepta** para obtener la extracción de sangre en el laboratorio de flebotomía de su centro, en el centro de servicio al paciente (Patient Service Center, PSC) de Quest o en casa. Se debe enviar una copia física del formulario de inscripción completado y firmado, junto con el kit de prueba que incluye la muestra del paciente, a Quest Diagnostics

### SECCIÓN 3 Informe de prueba genética (página 2)

- Esta sección **debe completarse para respaldar la elegibilidad del paciente para el tratamiento**
- Debe enviarse una copia del informe de la **prueba genética del paciente de un laboratorio certificado por CLIA a SareptAssist** junto con el formulario de inscripción en la terapia genética de Sarepta

### SECCIÓN 4 Información sobre el seguro, el tratamiento y el lugar de la infusión (página 2)

- Esta sección **debe ser completada por el médico responsable del tratamiento con intención de administrar la infusión al paciente**

### SECCIÓN 5 Declaración del médico (página 2)

- Esta sección **siempre debe estar completada y firmada por el médico**
- **Nota:** El consentimiento del médico se limita a las secciones completadas en el formulario de inscripción en la terapia genética de Sarepta

### SECCIÓN 6 Autorización del paciente para SareptAssist (página 3)

- Esta sección **debe ser completada y firmada por el cuidador/tutor legal del paciente** y enviada junto con el formulario de inscripción. **Se requiere una autorización firmada por el padre/madre/tutor legal del paciente** para recibir apoyo a través del programa SareptAssist

## Instrucciones para el envío del formulario de inscripción en la terapia genética de Sarepta

1. Envíe por fax los siguientes documentos a **SareptAssist al 1-800-621-5203** o por correo electrónico a **SareptAssist@Sarepta.com**
  - Formulario de inscripción en la terapia genética de Sarepta completado y firmado (páginas 1 y 2)
  - Todas las páginas del informe de prueba genética del paciente de un laboratorio certificado por CLIA
  - Autorización del paciente completada y firmada para SareptAssist (página 3)
  - Las dos caras de la(s) tarjeta(s) del seguro médico y farmacéutico del paciente
2. Si el médico solicita la prueba de anticuerpos AAVrh74 avalada por Sarepta, envíe una copia física del formulario de inscripción en la terapia genética de Sarepta completado y firmado (páginas 1 y 2), junto con el kit de prueba que incluye la muestra de sangre del paciente, a **Quest Diagnostics**.

## Asegúrese de enviar los siguientes documentos a los destinatarios indicados:

Envíe por fax los siguientes documentos a SareptAssist al 1-800-621-5203 o por correo electrónico a SareptAssist@Sarepta.com

- Formulario de inscripción en la terapia genética de Sarepta (páginas 1 y 2)
- Todas las páginas del informe de prueba genética del paciente de un laboratorio certificado por CLIA
- Autorización del paciente (página 3)
- Una copia de ambas caras de la(s) tarjeta(s) del seguro médico y farmacéutico del paciente

Envíe una copia física del siguiente documento, junto con el kit de prueba que incluye la muestra de sangre del paciente, a Quest Diagnostics:

- Formulario de inscripción en la terapia genética de Sarepta (páginas 1 y 2)

## Sección 1: Información general

### Información para pacientes

Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:	Peso del paciente (lb):	Fecha de la medición del peso:	Sexo: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Contacto principal:	Relación con el paciente:		
Teléfono principal:	Teléfono secundario:		
Mejor momento para llamar: <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	¿Se puede dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		
Idioma, distinto del inglés:	Dirección de correo electrónico:		

### Información del médico

Nombre del médico:	Apellido del médico:	Afilación del médico:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Contacto de la oficina:	Teléfono:	Fax:	
Correo electrónico:			
N.º de NPI:		N.º de identificación tributaria:	
Para pacientes derivados			
Nombre del remitente:	Apellido del remitente:	N.º de NPI del remitente:	

## Sección 2: Prueba de anticuerpos AAVrh74 avalada por Sarepta

Código de prueba  1185 Prueba de anticuerpos AAVrh74 del virus adenoasociado (marque la casilla para realizar el pedido)

Número de cuenta de Athena (si se asigna):

La muestra de sangre del paciente se puede obtener<sup>1</sup> en cualquiera de las siguientes ubicaciones:

- Laboratorio de flebotomía de la institución<sup>2</sup> (laboratorio local en su clínica/institución)
- Centro de servicio al paciente de Quest (PSC) (questdiagnostics.com/locations/search)
- Flebotomía a domicilio (llame a SareptAssist al 1-888-727-3782)

1. **Nota:** Además de enviar los documentos por fax a SareptAssist (consulte la página de instrucciones), indique al paciente que **lleve consigo una copia física del Formulario de inscripción completado y firmado y del Kit de extracción de suero de Athena-Sarepta** para que le extraigan sangre en el laboratorio de flebotomía de su institución, en Quest PSC o en su domicilio. Deberá enviarse una copia física del Formulario de Inscripción completado y firmado junto con la muestra del paciente a Quest Diagnostics.

2. **Nota:** Los cargos por recogida de muestras están sujetos a las prácticas de facturación de la clínica/institución y a la cobertura del seguro.

**Sección 3: Informe de prueba genética**

Todas las páginas del informe de prueba genética del paciente de un laboratorio certificado por CLIA

**Sección 4: Información sobre el seguro, el tratamiento y el centro de infusión****Información del seguro**

Confirme que ha adjuntado una copia de las tarjetas del seguro del paciente (anverso y reverso)

Principal:	N.º de ID principal:
N.º de grupo principal:	Teléfono:
Titular principal de la póliza:	Relación con el paciente:
Secundario:	N.º de ID secundario:
N.º de grupo secundario:	Teléfono:
Titular secundario de la póliza:	Relación con el paciente:

**Información sobre el tratamiento y el centro de infusión**

Nombre del centro de infusión:		
N.º de NPI:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Seleccionar método de facturación: <input type="checkbox"/> Compra y facturación <input type="checkbox"/> Farmacia especializada		
Contacto de recepción del producto		
Nombre:		
Teléfono:	Fax:	
Correo electrónico:		

**Sección 5: Declaración del médico****Se requiere la firma del médico para que SareptAssist realice una verificación de beneficios**

Para las secciones que he completado, certifico que mediante mi firma a continuación:

1. El tratamiento es médicamente necesario y es lo mejor para el paciente identificado anteriormente.
2. El paciente está debidamente indicado para el tratamiento.
3. He obtenido y proporcionado cualquier consentimiento requerido según la legislación federal y estatal para la divulgación y el uso de la información del paciente en este formulario a Sarepta Therapeutics ("Sarepta") y sus agentes, incluidos sus equipos comerciales y de campo, con fines de verificación de beneficios, verificación de elegibilidad y coordinación de la dispensación del tratamiento.

Nombre del médico, en letra de imprenta

Firma del médico

Fecha (DD/MM/AAAA)

## Sección 6: Autorización de Pacientes para el Programa SareptAssist

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

Autorizo a mis proveedores de servicios de salud (p. ej., médicos, farmacias, laboratorios clínicos) y mi compañía de seguros para divulgar información médica personal sobre mí, incluida información relacionada con mi afección médica y tratamiento, mi cobertura del seguro médico, y mi dirección, dirección de correo electrónico, y número de teléfono (colectivamente, mi "IMP") a Sarepta Therapeutics, sus agentes, incluidos sus equipos comerciales y de campo, y el Programa SareptAssist (colectivamente "Sarepta") para que Sarepta pueda utilizar la información con los siguientes fines:

(1) verificar, investigar y coordinar mi cobertura para la terapia con mis aseguradores de salud y brindar asistencia con la cobertura; (2) evaluar mi elegibilidad para recibir asistencia de copago o medicamentos gratuitos o remitirme a otros programas o fuentes de financiación y apoyo financiero; (3) coordinar que la terapia me sea entregada o le sea entregada a mis proveedores de servicios de salud; (4) proporcionarme capacitación, información sobre los productos y servicios de Sarepta, y servicios de apoyo continuos relacionados con la terapia; (5) recopilar comentarios sobre mi terapia, afección médica y/o estado de la enfermedad; (6) coordinar la evaluación de anticuerpos contra AAVrh74 con proveedores de servicios de diagnóstico tercerizados; (7) comunicarse conmigo por correo, correo electrónico, teléfono, mensaje de texto o fax para cualquiera de los propósitos anteriores y (8) crear información que no me identifique personalmente para su uso con otros fines legítimos. Entiendo que mis proveedores de servicios de salud (por ej. médicos, farmacias, laboratorios clínicos) pueden recibir una remuneración por hacer tales divulgaciones. También autorizo a Sarepta y a mis proveedores de servicios de salud y a mi compañía de seguros a usar mi IMP para comunicarse conmigo acerca de los productos y servicios de Sarepta. Entiendo que mis proveedores de servicios de salud y mi compañía de seguros pueden recibir una remuneración por proporcionar las comunicaciones y/o a cambio de datos o por proporcionar IMP en relación con la autorización. Entiendo que una vez revelada de conformidad con esta autorización, mi PHI puede dejar de estar protegida bajo la ley federal o estatal y podría ser divulgada por Sarepta a otros, pero también entiendo que Sarepta hará esfuerzos razonables para mantener mi PHI privada y revelarla solo para los propósitos establecidos en esta autorización.

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización para obtener tratamiento o beneficios de salud; sin embargo, para recibir los servicios y comunicaciones descritos anteriormente, debo firmar la autorización. Entiendo que puedo cancelar mi autorización en cualquier momento poniéndome en contacto con SareptAssist por fax al 1-800-621-5203, o por correo en 215 First Street, Cambridge, MA 02142. Mi cancelación de esta autorización será efectiva una vez que Sarepta la reciba, y será efectiva para cada uno de mis proveedores de servicios de salud y compañías de seguros cuando se les notifique, pero la cancelación no afectará a los usos o divulgaciones anteriores de PHI.

Comprendo que tengo derecho a recibir una copia firmada de esta autorización.

Esta autorización vence 5 años después de la fecha de mi firma, como se muestra a continuación, o una fecha anterior que pueda ser requerida por el estado en el que resida, a menos que la cancele antes.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha (DD/MM/AAAA)

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o representante personal, en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha (DD/MM/AAAA)

\_\_\_\_\_  
Si está firmado por un representante personal, indicar la relación con el paciente

