

Después de leer y aceptar la Autorización para usar/divulgar información personal de salud a continuación, escriba el nombre en imprenta y la fecha de nacimiento en la parte superior de la página siguiente y firme la Autorización del paciente para el uso de Dova 1Source. Cuando los campos obligatorios de esa página estén completos, envíe el formulario por fax al (855) 686-8729.

Autorización para usar/divulgar información personal de salud

Qué acepta con la Autorización del paciente:

El Programa Dova 1Source (el "Programa") proporciona apoyo a los pacientes para ayudarles a comprender cuál es su cobertura para la terapia que le recetaron y conectarlos con el apoyo para facilitar el acceso a productos de Dova, que pueden incluir medicamentos gratuitos proporcionados a través del Programa de ayuda al paciente (Patient Assistance Program, PAP) de Dova. Al firmar esta autorización, usted acepta compartir información de identificación personal (personally identifiable information, PII) que puede consistir en: 1) nombre, 2) fecha de nacimiento, 3) dirección, 4) número de teléfono, 5) dirección de correo electrónico, 6) información financiera, 7) información médica necesaria e 8) información sobre sus beneficios de salud o cobertura de seguro médico con el fin de proporcionar el apoyo necesario.

Quién puede ver y usar mi PII:

Autorizo a mi(s) proveedor(es) de atención médica, farmacias y aseguradoras de salud a compartir información con Dova Pharmaceuticals, Inc., sus empleados, representantes de área apropiados, agentes y subcontratistas (colectivamente, "Dova"), para que Dova pueda proporcionarme el apoyo necesario para facilitar el acceso a productos de Dova a través del Programa.

Propósito para compartir mi PII:

- Trabajar con mi plan de atención médica para comprender la cobertura de productos de Dova.
- Solicitar la inscripción en el PAP de Dova.
- Determinar mi elegibilidad e inscripción en los servicios de ayuda financiera, incluida la ayuda con el copago.
- Coordinar mi receta a través de una farmacia y/o el consultorio de un proveedor de atención médica.
- Proporcionar recordatorios de tratamiento y educación.

AUTORIZACIÓN: Al firmar esta autorización, yo (el paciente o el representante personal del paciente) autorizo a cada uno de mis médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica (colectivamente, los "Proveedores de atención médica") y a cada uno de mis aseguradoras de salud (colectivamente, los "Aseguradoras"), a usar y/o divulgar la PII descrita anteriormente a Dova únicamente para el uso de la prestación del apoyo del Programa descrito anteriormente, según lo solicitado por mí o por mi médico. Comprendo que, como parte de la prestación del apoyo del Programa, Dova puede verificar la exactitud de la información proporcionada por mí o por mi médico y puede solicitar información financiera y de seguro adicional. Mi PII puede ser divulgada oralmente o por escrito, o a través de transferencia de datos, facsímil o correo electrónico, según sea necesario para la prestación del apoyo del Programa, incluso a una farmacia. Comprendo que una farmacia puede recibir remuneración, compensación o pago a través de Dova a cambio de (1) proporcionarme ciertos materiales e información y (2) usar o divulgar cierta información de salud de acuerdo con esta Autorización. Dova puede recibir y usar esta información para administrar el Programa, así como para determinar mi elegibilidad para recibir apoyo específico del Programa, como ayuda financiera. Comprendo que una vez que mi PII ha sido divulgada a Dova, las leyes federales de privacidad ya no pueden proteger la información de divulgación adicional, pero Dova ha aceptado usar y divulgar mi información solo con el propósito de proporcionar apoyo al Programa. Una vez que firme este Formulario de autorización del paciente y mi PII se transmita al Programa, comprendo que la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) ya no puede proteger o prohibir la divulgación posterior de la PII divulgada a Dova por parte de mi proveedor de atención médica u otras personas cubiertas por las normativas en virtud de la HIPAA. Comprendo que Dova se compromete a proteger mi información y mantenerla segura y confidencial mientras se recopile o se use para ayudarme, y que el uso y divulgación de mi información se limitará a lo descrito anteriormente. Además, comprendo que:

- No estoy obligado a firmar esta autorización. Mi tratamiento, el pago por el tratamiento, la inscripción en el seguro o la elegibilidad para los beneficios del seguro no resultarán afectados de manera directa. Si no lo firmo; sin embargo, el Programa no podrá ayudarme.
- Esta autorización expirará en 5 años a partir de la fecha en que se firmó, a menos que un período más corto sea requerido por la ley estatal, o a menos que yo revoque o cancele mi autorización antes de ese momento.
- Puedo revocar (cancelar) esta autorización enviando una notificación a Dova 1Source por escrito a P.O. Box 5490, Louisville, KY 40255. Comprendo que cancelar mi autorización no afectará ningún uso de mi información de salud previo a que se procesara mi solicitud. Si la cancelo, ya no podré recibir el apoyo del programa y no seré elegible para recibir el producto sin costo a través del PAP de Dova.
- Las prácticas de privacidad de Dova pueden cambiar con el tiempo. Los cambios significativos se comunicarán de manera oportuna a todos los participantes del Programa.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

Programa de ayuda al paciente de Dova: criterios de elegibilidad

El paciente debe reunir los siguientes requisitos a fin de ser considerado para el Programa de ayuda al paciente:

- Cumplir con los criterios de ingresos
- No tener seguro o quedarse sin seguro
- Tener la receta de DOPTelet para una indicación aprobada por la FDA
- Tener una dirección válida en los EE. UU. (no casilla de correo postal)

Criterios de ingresos: ingreso bruto del hogar no superior a \$75,000 para un hogar unipersonal y \$25,000 para cada miembro adicional del hogar.

Los pacientes deberán volver a solicitar la inscripción en el Programa de ayuda al paciente de Dova cada año calendario.

Consulte la página siguiente para ver el campo de firma de autorización y detalles adicionales.

Firme y regrese a Dova 1Source.

Fax: 855-686-8729 **Dirección postal:** P.O. Box 5490, Louisville, KY 40255

Nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____

1. Autorización del paciente para el uso de Dova 1Source



Firma del paciente o del representante autorizado* _____ Fecha* (MM/DD/AAAA) _____
Nombre en imprenta del representante autorizado: Nombre _____ Apellido _____
Número de teléfono del representante _____ Relación con el paciente _____

2. Programa de ayuda al paciente de Dova: inscripción (si solicita la inscripción en el PAP, complete las secciones 2a y 2b)

2a. Solo para el PAP de Dova: información del paciente

Nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono _____ Correo electrónico _____

¿Le parece bien que dejemos mensajes detallados? SÍ NO ¿Le parece bien que le enviemos mensajes de texto? SÍ NO

Ingreso bruto total del hogar \$ _____ Cantidad de personas que viven en el hogar _____

El ingreso bruto del hogar es el ingreso total antes de las deducciones del impuesto sobre la renta de todas las personas que viven en su hogar. El ingreso bruto se refiere no solo a los salarios y beneficios recibidos, sino que también incluye, aunque no de forma excluyente, los ingresos de cualquier negocio, inversiones, dividendos y otros ingresos personales. Puede solicitarse una prueba del ingreso bruto. Las formas aceptables de documentación incluyen declaraciones de impuestos federales, declaraciones de beneficios del Seguro Social, talones de cheques de pago de un mes, y declaraciones de desempleo o discapacidad.

¿Tiene seguro? SÍ NO

2b. Solo para el PAP de Dova: autorización para proporcionar apoyo

Afirmo que la información de esta solicitud es verdadera, correcta y completa. Acepto actualizar a Dova 1Source de inmediato en caso de que cualquier parte de esta información cambie, incluso si adquiero elegibilidad para cualquier beneficio a través de un programa federal, estatal o privado, que podría reembolsarme el valor de DOPTelet. Comprendo que los cambios en mi cobertura de seguro médico pueden afectar mi elegibilidad para el Programa de ayuda al paciente de Dova ("el Programa"). Si estoy aprobado e inscrito en el Programa, acepto no solicitar reembolso del medicamento sin costo a ningún otro organismo, lo que incluye un programa de seguro para medicamentos recetados o cualquier otra organización benéfica. Acepto informar a mi proveedor de seguros si recibo medicamentos sin costo si lo requiere mi plan. No venderé ni entregaré el medicamento sin costo porque es ilegal. Si tengo Medicare Parte D, no contaré ningún medicamento sin costo para sumar a mis costos de bolsillo reales (true out-of-pocket costs, TrOOP). Comprendo que Dova puede solicitar información o documentación adicional en cualquier momento. Comprendo que Dova se reserva el derecho de modificar o finalizar el Programa en cualquier momento sin previo aviso. Comprendo que completar esta solicitud no garantiza que calificaré para el Programa. Comprendo que la ayuda del programa finalizará si Dova 1Source descubre cualquier información falsa o inexacta, o si dejan de recetarme este medicamento. Autorizo a Dova y a su administrador externo a usar la información proporcionada en este formulario para obtener un informe de crédito personal sobre mí a fin de verificar la información en este formulario y determinar mi elegibilidad para el Programa.

Comprendo que puede ser necesario que presente una prueba de mis ingresos o gastos de bolsillo, y acepto presentar la documentación necesaria de manera oportuna.



Firma del paciente o del representante autorizado* _____ Fecha* (MM/DD/AAAA) _____
Nombre en imprenta del representante autorizado: Nombre _____ Apellido _____
Número de teléfono del representante _____ Relación con el paciente _____

3. Consentimiento del paciente para recibir la información de comercialización para pacientes (Opcional)

Al firmar a continuación, acepto que Dova se comunique conmigo por teléfono, celular, correo postal o correo electrónico para brindarme más información sobre DOPTelet e información o recursos relacionados con el uso aprobado de DOPTelet. Por la presente, doy mi consentimiento para recibir mensajes automatizados y/o pregrabados de Dova o en nombre de Dova al número de teléfono proporcionado, incluido mi número de teléfono móvil, si corresponde. Comprendo que el consentimiento no es una condición de compra.

Comprendo y acepto que Dova puede cambiar o interrumpir las actividades de comercialización en cualquier momento. Los cambios significativos se comunicarán, de manera oportuna, a todos los participantes que hayan aceptado recibir información. Comprendo que no estoy obligado a firmar este consentimiento, y que puedo revocar esta autorización, en cualquier momento, llamando a Dova 1Source al 1-833-DOVA-ONE (833-368-2663).

Comprendo que, si no firmo este consentimiento o si revoco mi autorización, no seré elegible para recibir información de comercialización. Comprendo que no firmar el consentimiento o revocar mi autorización no afectará de otra manera mi tratamiento, elegibilidad o beneficios del seguro. Mi permiso por escrito finaliza en 7 años a partir de la fecha en que lo firmé o cuando lo determine la ley estatal aplicable.



Firma del paciente o del representante autorizado* _____ Fecha* (MM/DD/AAAA) _____

Para conocer la información de prescripción completa, visite doptelet.com