# Instrucciones para Proveedores de Atención Médica

VUM-US-0312 v5 04/23

## Para recetar VUMERITY, por favor, siga los pasos que se detallan a continuación:

1. **Después de hablar sobre VUMERITY con su paciente, haga que lea la Información para el Consentimiento del Paciente y que, si está interesado, responda en consecuencia el Formulario de Inicio adjunto.**

   Biogen se toma muy en serio la confidencialidad de su paciente. Si bien los pacientes no están obligados a firmar el Formulario de Inicio para recibir VUMERITY, firmarlo agilizará su inscripción en los **Servicios de Apoyo de Biogen,** como el **Programa de Copago de Biogen** (llamar al 1-800-456-2255 para información sobre las pautas de elegibilidad). Además, con estas firmas Biogen accederá al estado de la receta de su paciente si usted o su paciente necesitan ayuda.

2. **Complete el resto del Formulario de Inicio.**

   Copie ambos lados de la tarjeta de seguro médico del paciente y la tarjeta de beneficios de farmacia, si estuvieran disponibles. En algunos casos, la tarjeta médica y de farmacia pueden ser la misma.

3. **Entregue a su paciente las guías de Instrucciones para Pacientes e Información para el Consentimiento del Paciente.**

   Luego, envíe por fax el Formulario de Inicio al 1-855-474-3067. Las recetas médicas únicamente son válidas cuando se reciben por fax.

Una farmacia de la Red de Farmacias de VUMERITY se pondrá en contacto con su paciente para coordinar la entrega del medicamento recetado.

Asegúrese de completar todas las secciones del Formulario de Inicio. Los espacios incompletos podrían retrasar el inicio del tratamiento.

---

**Si tiene alguna pregunta o si desea obtener más información sobre VUMERITY, llame al 1-800-456-2255 o visite VUMERITY.com.**

Biogen
225 Binney Street
Cambridge, MA 02142
1-800-456-2255
VUMERITY.com

©2023 Biogen. Todos los derechos reservados.

VUMERITY® (diroximel fumarate) delayed-release capsules 231 mg

# Instrucciones para los Pacientes



## ¿Cómo comenzar con el tratamiento?

1. **Lea la Información para el Consentimiento del Paciente y responda en consecuencia en las Secciones A, B, C y D del Formulario de Inicio.**
   Esto le permitirá inscribirse en los **Servicios de Apoyo de Biogen,** como el **Programa de Copago de Biogen** (llame al 1-800-456-2255 para obtener información sobre las pautas de elegibilidad).
2. **Asegúrese de incluir su dirección de correo electrónico en el espacio provisto.** Al proporcionarnos su dirección de correo electrónico, podrá mantenerse actualizado sobre las últimas noticias acerca de VUMERITY.
3. **Su proveedor de atención médica completará el resto del Formulario de Inicio.** Ya ha terminado. Su proveedor de atención médica nos enviará por fax el Formulario de Inicio.

## ¿Qué sucederá a continuación?

- Recibirá varias llamadas telefónicas importantes. Estas llamadas serán realizadas por un **Coordinador de Apoyo de Biogen** y una farmacia certificada para dispensar VUMERITY.
  - **Aparecerá el número 919-993-7000, un número 1-800 o un "número desconocido" en su identificador de llamadas. Asegúrese de responder cuando reciba estas llamadas.** El objetivo es ayudarlo a comenzar su tratamiento con VUMERITY lo antes posible y sin dificultades.
- Su receta puede ser enviada directamente a su casa.

**Si tiene alguna pregunta o si desea obtener más información sobre VUMERITY, llame al 1-800-456-2255 o visite VUMERITY.com.**

©2023 Biogen. Todos los derechos reservados.

VUMERITY® (diroximel fumarate) delayed-release capsules 231 mg

**Por favor, lea la información a continuación. Si está de acuerdo, responda en consecuencia en la página 5.**

## I. Autorización para compartir información sobre su salud

Entiendo que tengo ciertos derechos relacionados con la recopilación, el uso y la divulgación de mi información médica y de salud. Esta información se denomina "información de salud protegida" (PHI) e incluye información demográfica (como sexo, raza, fecha de nacimiento, etc.), los resultados de exámenes físicos, pruebas clínicas, análisis de sangre, radiografías y otros procedimientos médicos de diagnóstico que pueden estar incluidos en mi historia clínica. Biogen no utilizará mi PHI sin mi consentimiento.

Al firmar la presente Autorización, autorizo a mi proveedor de atención médica, mi compañía de seguro médico y mis farmacias proveedoras ("Entidades de atención médica") a compartir con Biogen, y con las compañías que colaboran con Biogen (en conjunto, "Biogen"), información de salud relacionada con mi afección médica, tratamiento y cobertura de seguro para que Biogen (i) me ofrezca servicios de apoyo (e información y materiales relacionados) relacionados con cualquiera de los productos de Biogen, incluidos, entre otros, apoyo en línea, servicios de asistencia financiera, cumplimiento y persistencia y otros servicios de apoyo terapéutico, (ii) realice análisis de datos, investigaciones de mercado y otras actividades comerciales internas necesarias, y (iii) me brinde información sobre los productos, servicios y programas de Biogen con fines educativos o de otro tipo. Entiendo que una vez que firme esta Autorización, y las Entidades de atención médica divulguen mi información médica y de salud a Biogen, la Ley de Transferencia y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA) ya no protegerá mi información porque Biogen no está cubierto por HIPAA. Sin embargo, Biogen acepta proteger mi información de salud al usarla y divulgarla solo con los fines autorizados en la presente o según lo requerido por la ley o por las reglamentaciones. Entiendo que mi proveedor de farmacia podría recibir una remuneración por parte de Biogen a cambio de la información sobre mi salud y/o cualquier tipo de servicio de apoyo terapéutico que me proporcione.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización. Además, comprendo que mi tratamiento (incluso con un producto de Biogen), el pago del tratamiento, la inscripción en el seguro o la elegibilidad para los beneficios del seguro no están condicionados por mi consentimiento a firmar la presente Autorización; pero, si no la firmo o la cancelo, no podré recibir los servicios de apoyo terapéuticos de Biogen.

Puedo cancelar la presente Autorización en cualquier momento enviando una carta a: Biogen, a la atención de: Servicios al Paciente, 5000 Davis Drive, PO Box 13919, Research Triangle Park, NC, 27709 o por correo electrónico a privacy@biogen.com. La cancelación de la presente Autorización cancelará mi consentimiento para la posterior divulgación de la información sobre mi salud a Biogen por parte de mis Entidades de Atención Médica después de que se les notifique mi cancelación, pero no afectará la información que se haya compartido previamente de conformidad con la presente Autorización. La cancelación de la presente autorización no afectará mi posibilidad de recibir un tratamiento, el pago del tratamiento, ni mi elegibilidad para obtener seguro médico.

Esta Autorización vence en diez (10) años, o en el plazo más corto requerido por la ley aplicable, desde el día que la firmo, según lo indicado por la fecha junto a mi firma, a menos que de otro modo se cancele antes, como se establece anteriormente.

***Por favor, firme en el espacio de la Sección A en la página 5 para autorizar su consentimiento.***

## II. Autorización de Servicios para el Paciente

Al firmar esta Autorización, autorizo a Biogen y a las compañías que trabajan con Biogen a que me brinden servicios de asistencia relacionados con cualquiera de los productos de Biogen, incluidos, entre otros: apoyo en línea, servicios de asistencia financiera, cumplimiento y persistencia, y otros servicios de apoyo terapéutico, así como cualquier información o material en relación con dichos servicios. Entiendo y acepto que el personal, incluido, entre otros, el personal de enfermería, que brinde dichos servicios de apoyo en nombre de Biogen no sea un empleado de mi proveedor de atención médica. Autorizo a Biogen y a las empresas que trabajan con Biogen a que se comuniquen conmigo para proporcionarme dichos servicios e información por correo postal, correo electrónico, fax, llamada telefónica, mensaje de texto (incluidas las llamadas y mensajes de texto realizados con un sistema de marcación telefónica automatizada o una voz pregrabada), chat, notificaciones automáticas y otras formas de mensajería electrónica.

También autorizo a Biogen y a las empresas que trabajan con Biogen a usar y divulgar mi información médica y de salud en relación con la prestación de los servicios, lo que incluye, entre otros, la divulgación de mi información a proveedores, procesadores y proveedores de servicios para fines comerciales asociados con la prestación de servicios, compartir dicha información con mi proveedor de atención médica, proveedor de seguros o farmacia, o divulgar mi información cuando lo requieran las leyes o reglamentaciones aplicables. También autorizo la divulgación de la información sobre mi salud a personas específicas que yo haya designado.

***Por favor, firme en el espacio de la Sección B en la página 5 para autorizar su consentimiento.***

***Continúa en la página siguiente.***

©2023 Biogen. Todos los derechos reservados.

**Por favor, lea la información a continuación. Si está de acuerdo, responda en consecuencia en la página 5.**

## III. Autorización de Comercialización

Al firmar esta Autorización, autorizo a Biogen y a las compañías que trabajan con Biogen a contactarme por correo postal, correo electrónico, fax, llamada telefónica y mensaje de texto con fines de comercialización o para proporcionarme información de otro modo sobre los productos, servicios, programas u otros temas de interés relacionados con Biogen, realizar investigaciones de mercado o de otro modo preguntarme sobre mis experiencias u opiniones con respecto a tales temas. Comprendo que Biogen puede usar marcadores automáticos, mensajes pregrabados y mensajes de voz artificial para comunicarse conmigo al número de teléfono que proporcioné en este formulario y que mi proveedor de telefonía móvil puede cobrarme por recibir estos mensajes. Comprendo y acepto que cualquier tipo de información que proporcione puede ser utilizada por Biogen para ayudar a desarrollar nuevos productos, servicios y programas. Comprendo que Biogen no venderá ni transferirá mi información personal a ningún tercero no relacionado con fines de comercialización sin mi permiso expreso. Comprendo que no se requiere mi consentimiento para recibir comunicaciones de comercialización como condición para comprar o recibir bienes o servicios de Biogen. Comprendo que puedo revocar esta autorización y elegir no recibir servicios o información de Biogen enviando una carta a la dirección anterior o enviando un correo electrónico con el asunto "Cancelar suscripción" a privacy@biogen.com.

***Por favor, firme en el espacio de la Sección C de la página siguiente para autorizar su consentimiento.***

Los residentes de algunos estados de EE. UU. (incluido, entre otros, California) pueden tener derechos adicionales con respecto a la recopilación, el uso, el mantenimiento, la divulgación y la eliminación de su información personal. Para comprender o ejercer esos derechos, los residentes de California deben visitar https://www.biogen.com/privacy-center/california-policy.html. Para más información, visite https://www.biogen.com/privacy-center.html.

Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de los términos y condiciones de mi acuerdo con Biogen, y que puedo solicitar esa copia en el momento de la firma o en una fecha posterior poniéndome en contacto con Biogen en: Biogen, a la atención de: Servicios al paciente, 5000 Davis Drive, PO Box 13919, Research Triangle Park, NC, 27709 o por correo electrónico a privacy@biogen.com.

## IV. Certificación de pagador del gobierno

Los pacientes con un seguro financiado por el gobierno federal o una aseguradora comercial que restrinja o prohíba la participación en Programas de Asistencia del Fabricante NO son elegibles para algunos programas de Biogen (como VUMERITY QuickStart o Asistencia con los Copagos de Biogen). Los pacientes asegurados a través de Medicaid, Medicare, VA, DoD, TRICARE®, y otros seguros gubernamentales NO son elegibles para estos programas.

Doy fe de que (i) actualmente no tengo un seguro de salud financiado por el gobierno federal, o (ii) no usaré mi seguro de salud financiado por el gobierno federal para cubrir ninguna parte de los costos de mi medicamento de Biogen mientras esté inscrito en ciertos programas de Biogen, y (iii) acepto notificar a Biogen de inmediato si obtengo un plan de seguro financiado por el gobierno federal durante mi inscripción en ciertos programas de Biogen y/o elijo usarlo para cubrir cualquier parte de los costos de mi medicamento de Biogen para que pueda ser eliminado del programa.

TRICARE® es una marca registrada del Departamento de Defensa, DHA. Todos los derechos reservados.

***Marque la casilla correspondiente de la Sección D en la página siguiente para certificar si tiene o no un pagador gubernamental.***

©2023 Biogen. Todos los derechos reservados.

# FORMULARIO DE INICIO

Teléfono: 1-800-456-2255 Fax: 1-855-474-3067 VUM-US-0312 v5 04/23

## I. Autorización para Compartir Información sobre Salud

**He leído y comprendido la *Autorización para Compartir Información sobre Salud* y acepto los términos.**

★ A

Firma del paciente o representante del paciente | Fecha

Si el documento es firmado por el representante del paciente, es necesario explicar la autoridad para actuar en nombre del paciente:

## II. Autorización de Servicios para el Paciente

**He leído y comprendo la *Autorización de Servicios para el Paciente* y acepto los términos.**

★ B

Firma del paciente o representante del paciente | Fecha

Además, autorizo la divulgación de información sobre mi salud a la(s) persona(s) designada(s) a continuación (opcional):

**Compañero de cuidados** (nombre en letra de imprenta) | **Relación**

**Correo electrónico del compañero de cuidados** | **Teléfono**

## III. Autorización de Comercialización

**He leído y comprendo la *Autorización de Comercialización* y acepto los términos.**

★ C

Firma del paciente o representante del paciente | Fecha

## IV. Certificación de pagador del gobierno

**Marque la casilla correspondiente para certificar si tiene o no un pagador gubernamental:**

★ D

☐ Doy fe de todas las declaraciones de la Sección IV en la página anterior y confirmo que **no** tengo un seguro de salud financiado por el gobierno federal ni usaré mi seguro de salud financiado por el gobierno federal para cubrir ninguna parte de los costos de mi medicamento de Biogen mientras esté inscrito en ciertos programas de Biogen.

o

☐ Doy fe de que **sí** tengo un seguro de salud financiado por el gobierno federal y tengo la intención de usarlo para cubrir los costos asociados con mi medicamento Biogen.

## ★ Información sobre Beneficios Médicos

**Proporcione copias del anverso y reverso de todas las tarjetas de seguro médico y de medicamentos recetados.**

Seguro Primario | N.º de Póliza

N.º de Grupo | Teléfono de la compañía de seguro

Nombre del titular de la póliza | Apellido del titular de la póliza

## Información del Paciente

Fecha de nacimiento ☐ Sexo masculino ☐ Sexo femenino

Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido

Dirección

Ciudad | Estado | Código postal

Correo electrónico

Teléfono del hogar (paciente) ☐ Número de preferencia ☐ Acepto que dejen un mensaje de voz y/o un mensaje de texto

Teléfono celular (paciente) ☐ Número de preferencia ☐ Acepto que dejen un mensaje de voz y/o un mensaje de texto

☐ Acepto que dejen un mensaje de voz, un mensaje de texto y/o correo electrónico con el compañero de cuidados

Mejor momento del día para contactarme: ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche

Idioma de preferencia del paciente

## ★ Información sobre los Beneficios de Farmacia

**Adjuntar copias de ambos lados de la(s) tarjeta(s) de beneficios de farmacia del paciente.**

☐ Marcar si no hay cobertura ☐ Marcar si el paciente tiene un seguro secundario

Farmacia especializada preferida por el paciente

Nombre de PBM | Número de teléfono de PBM

RxBin | RxPCN | N.º de grupo de receta | N.º de ID de receta

Nombre del titular de la póliza | Apellido del titular de la póliza

# LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DEBE SER COMPLETADA POR SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

☐ **Las muestras han sido recibidas por el paciente (231 mg)** **Cantidad de frascos proporcionados**

## Receta para VUMERITY

**Mes 1**

☐ **Receta de ajuste de dosis para VUMERITY:**

| | | |
|---|---|---|
| 231 mg x 1 VO BID | x 7 días | #14 cápsulas |
| 462 mg (231 mg x 2) VO BID | x 23 días | #92 cápsulas |

Sin reabastecimientos

**Meses 2-13**

**Receta para dosis de mantenimiento de VUMERITY:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ 462 mg (231 mg x 2) VO BID | x 90 días | #360 cápsulas | 3 reabastecimientos |
| ☐ 462 mg (231 mg x 2) VO BID | x 30 días | #120 cápsulas | 11 reabastecimientos |

**Consulte las Instrucciones para Proveedores de Atención Médica a continuación o adjuntas:**

## Programa QuickStart **(opcional, sin costo para el paciente; solo para pacientes con seguro comercial*)**

☐ Sí, autorizo a Biogen a proporcionarle a mi paciente hasta 4 meses de VUMERITY sin costo (una receta de ajuste de dosis y una receta de mantenimiento continua, según sea necesario) hasta que la cobertura de recetas del paciente esté asegurada. Autorizo a Biogen a enviar esta receta a la farmacia designada por el Programa QuickStart para dispensar VUMERITY directamente al paciente mencionado arriba. Se necesitan las firmas del paciente para las anteriores secciones (A) y (B) para acelerar la inscripción en el Programa QuickStart.

***Los pacientes asegurados a través de Medicaid, Medicare, VA, DoD, TRICARE® y otros seguros gubernamentales NO son elegibles para este programa. TRICARE® es una marca registrada del Departamento de Defensa, DHA. Todos los derechos reservados.**

**Receta Médica QuickStart para VUMERITY:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Receta de ajuste de dosis | | | |
| 231 mg x 1 VO BID | x 7 días | #14 cápsulas | |
| 462 mg (231 mg x 2) VO BID | x 7 días | #28 cápsulas | |
| Receta para dosis de mantenimiento | | | |
| 462 mg (231 mg x 2) VO BID | x 14 días | #56 cápsulas | 7 reabastecimientos |

## ★ Declaración de necesidad médica

ICD-10: G35

Diagnóstico primario

Tratamiento actual o más reciente:

☐ No existen tratamientos previos modificadores de la enfermedad

Alergias:

☐ Sin alergias conocidas a medicamentos (NKDA)

Estatura: pulgadas/cm | Peso: lbs/kg | Fecha en que se tomaron la estatura y el peso

## Información del Médico Prescriptor

Nombre | Apellido

Dirección

Ciudad | Estado | Código postal

Teléfono | Fax

Correo electrónico | N.º de Identificación Fiscal

Filiación clínica/hospitalaria | Nombre de contacto del consultorio

N.º de NPI | N.º de licencia estatal del médico prescriptor

## ★ Autorización del médico prescriptor†

Autorizo a Biogen como mi agente designado y en nombre de mi paciente a (1) enviar el certificado de necesidad médica anterior y proporcionar cualquier información que aparezca en este formulario al asegurador de dicho paciente y (2) enviar la receta médica anterior, por fax o por cualquier medio conforme a la ley aplicable a la farmacia elegida por dicho paciente. Certifico que la razón para recetar un tratamiento con VUMERITY es un diagnóstico primario de ICD-10: G35, y que supervisaré el tratamiento del paciente en consecuencia.

★ × | ★ | | |

**Firma del médico prescriptor** (dispensar como está escrito) No se aceptan sellos de firma. | **Fecha** | **Firma del médico prescriptor** (sustitución permitida) No se aceptan sellos de firma. | **Fecha**

†Consulte con las oficinas de la Junta de Farmacias y Medicaid de su estado para verificar los requisitos de prescripción. En Nueva York, adjunte copias de todas las recetas médicas en los formularios oficiales de Recetas del Estado de Nueva York.

El médico prescriptor debe cumplir con los requisitos de prescripción específicos de su estado, como recetas electrónicas, formularios de prescripción específicos del estado, el texto del fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado podría dar lugar a la comunicación con el médico prescriptor.

©2023 Biogen. Todos los derechos reservados.

VUMERITY® (diroximel fumarate) delayed-release capsules 231 mg