

# Instrucciones para los proveedores de atención médica

VUM-US-0312v7 10/25

## Para recetar VUMERITY® (diroximel fumarate), siga estos pasos:

- 1 Después de hablar sobre VUMERITY con su paciente, pídale que lea la Información de consentimiento del paciente y que responda según corresponda el formulario de inicio adjunto, si está interesado.**  
Para Biogen la confidencialidad de su paciente es un asunto muy serio. Si bien los pacientes no tienen la obligación de firmar el formulario de inicio para recibir VUMERITY, al firmar estas líneas se acelerará su inscripción en los **Servicios de apoyo de Biogen**, como el **Programa de copago de Biogen** (llame al 1-800-456-2255 para conocer los lineamientos de elegibilidad). Además, con estas firmas Biogen tendrá acceso al estado de la receta de su paciente en caso de que usted o su paciente necesiten ayuda.
- 2 Complete el resto del formulario de inicio.**  
Copie ambos lados de la tarjeta del seguro médico del paciente y de la tarjeta de beneficios de farmacia, de estar disponibles. En algunos casos, la tarjeta médica y la tarjeta de farmacia pueden ser las mismas.
- 3 Entregue a su paciente las Instrucciones para los pacientes y las guías de Información de consentimiento del paciente.**  
Luego, envíe el formulario de inicio por fax al 1-855-474-3067. Las recetas solo son válidas si se reciben por fax.

Una farmacia perteneciente a la Red de farmacias de VUMERITY se comunicará con su paciente para coordinar la entrega del medicamento recetado.

Asegúrese de completar todas las secciones del formulario de inicio. Si le quedan secciones sin completar, el inicio del tratamiento puede retrasarse.

## Instrucciones para los pacientes

### ¿Cómo empiezo?

- 1 Lea la Información de consentimiento del paciente y responda según corresponda 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 conocer los lineamientos de elegibilidad).
- 2 Asegúrese de incluir su dirección de correo electrónico en el espacio correspondiente.** Si nos da su dirección de correo electrónico, podrá estar al tanto de las últimas novedades sobre VUMERITY.
- 3 Su proveedor de atención médica completa el resto del formulario de inicio.** Ha terminado. Su proveedor de atención médica nos enviará por fax el formulario de inicio.

### ¿Y ahora qué?

- Recibirá varias llamadas telefónicas importantes. Estas llamadas procederán de un **coordinador de apoyo de Biogen** y de una farmacia certificada para hacer la entrega de VUMERITY.
  - **Verá el número 919-993-7000, un número 1-800 o "desconocido" en su identificador de llamadas. Asegúrese de responder cuando vea estas llamadas.** Su objetivo es ayudarlo a empezar a utilizar VUMERITY de la forma más rápida y sencilla posible.
- Su medicamento recetado puede ser enviado directamente a su casa.

**Si tiene preguntas o desea más información sobre VUMERITY, llame al 1-800-456-2255 o visite [VUMERITY.com](https://www.vumerity.com).**

Lea lo siguiente. Si está de acuerdo, responda según corresponda en la página 4.

## I. Autorización para compartir información médica

*Tenga en cuenta que este formulario está escrito con lenguaje que puede aplicarse tanto a adultos como a tutores de niños a quienes se les haya recetado adecuadamente una terapia de Biogen.*

Entiendo que tengo ciertos derechos relacionados con la recopilación, uso y divulgación de mi información médica y de salud o la de mi hijo. Esta información se denomina "información médica protegida" (protected health information, 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 puedan incluirse en mis registros médicos o en los de mi hijo. Biogen no utilizará mi PHI o la de mi hijo sin mi consentimiento.

Al firmar esta Autorización, autorizo a mi proveedor de atención médica o al de mi hijo, mi compañía de seguro médico o a la de mi hijo y mis proveedores de farmacia o a los de mi hijo ("Entidades de Atención de la Salud") a divulgar a Biogen y a las compañías que trabajan con Biogen (colectivamente, "Biogen"), información médica relativa a mi afección médica o la de mi hijo, tratamiento y cobertura de seguro con el objetivo de que Biogen (i) me preste servicios de apoyo a mí o a mi hijo (y me proporcione información y materiales relacionados) relativos a cualquiera de los productos de Biogen, incluidos, entre otros, apoyo en línea, servicios de asistencia económica, servicios de adhesión y constancia terapéuticas y otros servicios de apoyo terapéutico, (ii) realice análisis de datos, investigación de mercado y otras actividades comerciales internas necesarias, y (iii) me proporcione 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 mi información médica y de salud o la de mi hijo sea divulgada a Biogen por las Entidades de Atención de la Salud, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) ya no protegerá mi información porque Biogen no está cubierta por la HIPAA. Sin embargo, Biogen acuerda proteger mi información médica o la de mi hijo al utilizarla y divulgarla únicamente con los fines autorizados en la presente Autorización o según lo exijan las leyes o regulaciones. Entiendo que mi proveedor de farmacia o el de mi hijo puede recibir remuneración de Biogen a cambio de la información médica o por cualquier servicio de apoyo terapéutico prestado a mí o a mi hijo.

Entiendo que puedo negarme a firmar la presente Autorización. Entiendo además que mi tratamiento o el tratamiento de mi hijo (incluido un producto de Biogen), el pago por mi tratamiento, la inscripción en el seguro o la elegibilidad para recibir beneficios del seguro no están condicionados por mi aceptación o la de mi hijo para firmar la presente Autorización, pero si no la firmo o si la cancelo más adelante, yo o mi hijo no podremos recibir los servicios de apoyo terapéutico de Biogen.

Puedo cancelar la presente Autorización en cualquier momento enviando una carta a: Biogen, ATTN: Patient Services, 5000 Davis Drive, Morrisville, NC 27560 o enviando un correo electrónico a [privacy@biogen.com](mailto:privacy@biogen.com). La cancelación de la presente Autorización dará por finalizado mi consentimiento o el de mi hijo para nuevas divulgaciones de mi información médica o la de mi hijo a Biogen por parte de mis Entidades de Atención de la Salud después de que se les notifique mi cancelación o la de mi hijo, pero no afectará las divulgaciones que se hayan realizado anteriormente conforme a la presente Autorización. La cancelación de la presente autorización no afectará a mi capacidad ni la de mi hijo para recibir tratamiento, el pago por el tratamiento ni mi elegibilidad o la de mi hijo para el seguro médico.

La presente Autorización vence a los diez (10) años, o en cualquier período más breve que exija la ley vigente, a partir del día en que la firme según lo indica la fecha contigua a mi firma, salvo que se cancele antes por otros medios según lo especificado anteriormente.

**Firme en el espacio incluido en la sección **A** de la página 4 para autorizar su consentimiento.**

## II. Autorización de servicios al paciente

Al firmar esta Autorización, autorizo a Biogen, y a las compañías que trabajan con Biogen a prestarme a mí o a mi hijo servicios de apoyo relacionados con cualquiera de los productos de Biogen, incluidos, entre otros: apoyo en línea, servicios de asistencia económica, servicios de adhesión y constancia terapéuticas y otros servicios de apoyo terapéutico, así como cualquier información o materiales relacionados con tales servicios. Entiendo y acepto que el personal, incluido, entre otros, el personal de enfermería, que presta dichos servicios de apoyo en nombre de Biogen no está contratado por mi proveedor de atención médica ni por el de mi hijo. Autorizo a Biogen y a las compañías que trabajan con Biogen a comunicarse conmigo para prestar tales servicios y para proporcionarme información por correo, correo electrónico, fax, llamada telefónica, mensaje de texto (incluidas llamadas y mensajes de texto hechos con un sistema de marcado telefónico automático o una voz pregrabada), chat, notificaciones push y otras formas de mensajería electrónica.

También autorizo a Biogen, y a las compañías que trabajan con Biogen, a utilizar y divulgar mi información médica y de salud o la de mi hijo en relación con la prestación de los servicios, incluyendo, entre otros, divulgar mi información o la de mi hijo a proveedores, procesadores y proveedores de servicios para fines comerciales relacionados con la prestación de los servicios, el intercambio de dicha información con mi proveedor de atención médica, proveedor de seguros o farmacia o de mi hijo, o la divulgación de mi información o la de mi hijo cuando así lo exijan las leyes o normativas aplicables. También autorizo a Biogen a usar mi información personal para acceder a mi perfil crediticio, que incluye, entre otras cosas, la información de una agencia de informes de consumidores (departamento crediticio) y la información derivada de fuentes públicas y otras fuentes para estimar mis ingresos como parte de la determinación de elegibilidad para asistencia económica. También autorizo la divulgación de mi información médica o la de mi hijo a personas específicas que he designado.

**Firme en el espacio incluido en la sección **B** de la página 4 para autorizar su consentimiento.**

**Continúa en la página siguiente.**

Lea lo siguiente. Si está de acuerdo, responda según corresponda en la página 4.

### III. Autorización de comercialización

Al firmar esta Autorización, autorizo a Biogen y a las compañías que trabajan con Biogen a comunicarse conmigo por medios digitales móviles o en línea, correo, correo electrónico, fax, llamada telefónica y mensaje de texto (incluidas llamadas y mensajes de automarcación y pregrabados) con fines de comercialización, o a proporcionarme por otros medios información sobre los productos, servicios y programas de Biogen, u otros temas de interés, a realizar investigaciones de mercado o a preguntarme por otros medios sobre mi experiencia con tales temas o mis opiniones o las de mi hijo acerca de estos. Entiendo y acepto que cualquier información que proporcione puede ser utilizada por Biogen para fines de comercialización, incluida comercialización digital por objetivos, así como para desarrollar nuevos productos, servicios y programas. Entiendo que Biogen no venderá ni transferirá mis datos personales ni los de mi hijo a ningún tercero no relacionado con fines de comercialización sin mi permiso expreso. Entiendo que mi consentimiento no es obligatorio como condición para comprar o recibir bienes o servicios de Biogen. Entiendo que puedo revocar esta autorización y elegir por no recibir información de Biogen enviando un correo electrónico con el asunto "Cancelar suscripción" a [privacy@biogen.com](mailto:privacy@biogen.com), o enviando una carta por correo postal a Biogen, ATTN: Patient Services, 5000 Davis Drive, Morrisville, NC 27560. Para obtener más información, visite [biogen.com/privacy](https://biogen.com/privacy).

Firme en el espacio incluido en la sección **C** de la página 4 para autorizar su consentimiento.

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

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de los términos y condiciones de mi acuerdo con Biogen, y que puedo solicitar dicha copia en el momento de la firma o en una fecha posterior poniéndome en contacto con Biogen en: Biogen, ATTN: Patient Services, 5000 Davis Drive, Morrisville, NC 27560 o enviando un correo electrónico a [privacy@biogen.com](mailto:privacy@biogen.com).

### IV. Declaración del pagador gubernamental

Los pacientes con un seguro financiado con fondos federales o con una aseguradora comercial que restrinja o prohíba la participación en los Programas de asistencia del fabricante NO son elegibles para algunos programas de Biogen (como QuickStart para VUMERITY o Asistencia para 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 médico financiado con fondos federales, o que (ii) no utilizaré mi seguro médico financiado con fondos federales para cubrir ninguna parte de los costos de mis medicamentos de Biogen mientras esté inscrito en ciertos programas de Biogen, y que (iii) acepto notificar de inmediato a Biogen si obtengo un plan de seguro financiado con fondos federales mientras esté inscrito en determinados programas de Biogen o decido utilizarlo para cubrir cualquier parte de los costos de mis medicamentos de Biogen, a fin de que se me retire del programa.

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

Marque la casilla correspondiente en la sección **D** de la página 4 para certificar si tiene o no un pagador gubernamental.

★ A

I. Autorización para compartir información médica

He leído y entiendo la Autorización para compartir información médica y estoy de acuerdo con los términos.

Firma del paciente o del representante

Fecha

Si lo firma el representante del paciente, certifique la autoridad que tiene para actuar en nombre del paciente:

★ B

II. Autorización de servicios al paciente

He leído y entiendo la Autorización de servicios al paciente y estoy de acuerdo con los términos.

Firma del paciente o del representante

Fecha

Además, autorizo la divulgación de mi información médica a las siguientes personas designadas (opcional):

Cuidador(a) (nombre en letra de imprenta)

Relación

Correo electrónico del cuidador

Teléfono

★ C

III. Autorización de comercialización

He leído y entiendo o la Autorización de comercialización y estoy de acuerdo con los términos.

Firma del paciente o del representante

Fecha

★ D

IV. Declaración del pagador gubernamental

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

☐ Doy fe de que **dispongo** de un seguro médico financiado con fondos federales y de que tengo intención de utilizarlo para cubrir los costos asociados a mis medicamentos de Biogen.

☐ Doy fe de todas las declaraciones de la sección IV de la página anterior y confirmo que **no** tengo un seguro médico financiado con fondos federales ni utilizaré mi seguro médico financiado con fondos federales para cubrir ninguna parte de los costos de mis medicamentos de Biogen mientras esté inscrito en determinados programas de Biogen.

★

Información sobre beneficios médicos

Proporcione copias del anverso y el reverso de todas las tarjetas de seguro médico y de prescripción.

Seguro primario

N.º de grupo

Nombre del titular de la póliza

N.º de póliza

Teléfono de la compañía de seguros

Apellido del titular de la póliza

Información para el Paciente

☐ Hombre ☐ Mujer

Fecha de nacimiento

Idioma de preferencia del paciente

Nombre

MI Apellido

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Dirección de correo electrónico

☐ Número preferido ☐ Está bien dejar un mensaje de voz o mensaje de texto

Teléfono fijo (paciente)

☐ Número preferido ☐ Está bien dejar un mensaje de voz o mensaje de texto

Teléfono móvil (paciente)

☐ Está bien dejar un mensaje de voz, un mensaje de texto o enviar un correo electrónico al cuidador

Mejor horario para comunicarse conmigo: ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche

★

Información de beneficios de farmacia

Adjunte copias de ambos lados de la tarjeta de beneficios de farmacia del paciente.

☐ Marque esta casilla si no tiene cobertura ☐ Marque esta casilla si el paciente tiene un seguro secundario

Farmacia especializada preferida del paciente

Nombre del PBM Número de teléfono de PBM

RxBin RxPCN

N.º de grupo Rx N.º de ID de Rx

Nombre del titular de la póliza

Apellido del titular de la póliza

SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Mes 1

Meses 2-13

☐ El paciente ha recibido muestras (231 mg)

☐ Cant. de frascos entregados

Receta para VUMERITY

☐ 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 resurtidos

☐ Receta de mantenimiento para VUMERITY:

462 mg (231 mg x 2) VO BID x 90 días #360 cápsulas 3 resurtidos

462 mg (231 mg x 2) VO BID x 30 días #120 cápsulas 11 resurtidos

Consulte en la portada las Instrucciones para los proveedores de atención médica.

Programa QuickStart

(Opcional, sin costo, para pacientes con seguro comercial únicamente\*)

☐ Sí, autorizo a Biogen a proporcionar hasta 4 meses de VUMERITY a mi paciente sin costo alguno (una receta de ajuste de dosis y una receta de mantenimiento continuo, según sea necesario) hasta que la cobertura de recetas del paciente esté asegurada. Autorizo a Biogen a reenviar esta receta a la farmacia designada para entregar VUMERITY directamente al paciente antes mencionado. Se necesitan las firmas del paciente en los puntos (A) y (B) que figuran arriba para acelerar la inscripción.

\*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 comercial registrada del Departamento de Defensa, DHA. Todos los derechos reservados.

Receta de 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 de mantenimiento

462 mg (231 mg x 2) VO BID x 14 días #56 cápsulas 7 resurtidos

★

Declaración de necesidad médica

Diagnóstico primario

Terapias actuales y previas: Fechas:

Alergias:

☐ Sin terapias previas modificadoras de la enfermedad

☐ Ninguna alergia conocida a medicamentos (NKDA)

Información del prescriptor

Nombre Apellido

Dirección

Ciudad Estado Código postal

Teléfono Fax

Correo electrónico

N.º de identificación impositiva

Afiliación clínica/hospitalaria

Nombre de contacto del consultorio

N.º de identificación de proveedor nacional

N.º de licencia estatal del prescriptor

★

Autorización del prescriptor<sup>1</sup>

Autorizo a Biogen, como mi agente designado y en nombre de mi paciente, a (1) enviar la declaración precedente de necesidad médica y a proporcionar cualquier parte de la información incluida en este formulario a la compañía aseguradora del paciente antes mencionado y a (2) enviar la receta precedente, por fax o por cualquier medio previsto en la legislación aplicable, a la farmacia elegida por el paciente antes mencionado. Certifico que el fundamento para recetar la terapia de VUMERITY es un diagnóstico primario de ICD-10: G35.A, G35.C1, G37.9 y supervisaré el tratamiento del paciente de forma acorde.

★ X

Firma del prescriptor (entregar tal como está escrito)

Fecha

No se aceptan sellos de firma.

Firma del prescriptor (se permite sustituir) No se aceptan sellos de firma.

Fecha

<sup>1</sup>Consulte a la Junta de Farmacias de su estado y a las oficinas de Medicaid para verificar los requisitos de prescripción. En Nueva York, adjunte copias de todas las recetas en formularios oficiales de medicamentos recetados del estado de Nueva York.

El prescriptor debe cumplir los requisitos de prescripción específicos de su estado, como la emisión de recetas electrónicas, el formulario de prescripción específico del estado, el idioma del fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado podría dar lugar a tener que contactar al prescriptor.