

Complete el formulario, fírmelo y envíelo por FAX al: 1-844-237-3172

Para obtener ayuda, llame al: 1-844-468-2252
(de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este)

Escanee el código para acceder al formulario de inscripción electrónica y completarlo

Escanee el código para guardar la información de contacto de Gateway to NUCALA

Servicios de Gateway to NUCALA

- Verificación de beneficios e investigación de autorización previa
 - Seguimiento de autorización previa y asistencia para apelaciones
 - Programa de copago (únicamente comercial)
- Programa de asistencia al paciente (PAP)
 - Derivación de recetas a farmacias especializadas (SP)
 - Asistencia para reclamos y facturación
- Soporte MyNUCALA (opcional):** educación específica sobre enfermedades, servicios de asistencia al paciente y otras comunicaciones

El asterisco (*) indica los campos obligatorios.

Información del paciente

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

Inscríbase para recibir notificaciones por mensaje de texto (opcional):
☐ Inclusión voluntaria (incluya el número de teléfono celular en la casilla anterior)

Al suscribirse para recibir mensajes de texto, autoriza a GSK y a sus prestadores de servicios a comunicarse con usted y a que le envíen comunicados acerca de su inscripción en Gateway to NUCALA por teléfono y mensaje de texto. Estas llamadas o mensajes de texto pueden generarse mediante un sistema de marcación automática o mensajes pregrabados al número proporcionado. La cantidad y el tipo de mensajes se basarán en su selección de programas y es posible que se apliquen tarifas de mensajes y datos. En cualquier momento puede solicitar dejar de recibir llamadas telefónicas o mensajes de texto. Para ello, siga las instrucciones para excluirse voluntariamente que se proporcionan durante dichas comunicaciones.

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

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA GATEWAY

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 (consultar página 4).*

CONSENTIMIENTO PARA ASISTENCIA DE MYNUCALA

FIRMA DEL PACIENTE AQUÍ

Fecha:

He leído y acepto el consentimiento para la Asistencia de MyNUCALA OPCIONAL (consulte la página 3).
Si ha decidido participar en el Programa MyNUCALA, escriba su dirección de correo electrónico en la página 3.

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

☐ Sin seguro	Seguro primario	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	

¿Existe una autorización previa archivada con el pagador? ☐ Sí ☐ No	N.º de autorización:	Fecha de vencimiento:
---	----------------------	-----------------------

Programa de asistencia al paciente[†] (PAP): A completar por el paciente solo si solicita PAP

Los pacientes de Medicare elegibles y no asegurados a quienes se les haya recetado NUCALA podrían ser elegibles para el Programa de asistencia al paciente (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:	A COMPLETAR POR EL PACIENTE
Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI):		

Los solicitantes autorizan al PAP especializado de GSK y a sus administradores a obtener un informe del 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 proporciona 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 financiación alternativo no son elegibles para el PAP de GSK. Si tiene más preguntas acerca de la elegibilidad, comuníquese con Gateway to NUCALA o GSKforYOU.com.

Complete el formulario, fírmelo y envíelo por FAX al: 1-844-237-3172

Para obtener ayuda, llame al: 1-844-468-2252 (de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este)

El asterisco (*) indica los campos obligatorios.

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

Apellido del prescriptor*:	Nombre del prescriptor*:		
Nombre del consultorio*:	Especialidad:		
Calle*:	Ciudad*:	Estado*:	Código postal*:
Nombre del contacto del consultorio*:			
Correo electrónico:	Teléfono*:	Ext:	Fax*:
ID fiscal del prescriptor*:	N.º de licencia estatal*:		
N.º de NPI del prescriptor*:			

Formulación de preferencia para la verificación de beneficios (seleccione todas las opciones que correspondan)*	Método de adquisición	Lugar de administración
☐ Vial liofilizado (LYO)	☐ Buy & Bill ☐ Farmacia especializada	Administrado en el consultorio únicamente
☐ Autoinyector (AI)	Farmacia especializada	Administrado por el paciente
☐ Jeringa precargada (PFS)	Farmacia especializada	Administrado por el paciente

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

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

☐ Marque aquí si necesita la asistencia de Gateway para identificar un Centro de atención (centro de infusión) adecuado

*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.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	☐	J44	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	☐	J41	Bronquitis crónica simple y mucopurulenta	
	☐	J44.0	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con infección (aguda) de las vías respiratorias inferiores	☐	J41.0	Bronquitis crónica simple	
	☐	J44.1	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbación (aguda)	☐	J41.1	Bronquitis crónica mucopurulenta	
	☐	J44.89	Otra enfermedad pulmonar obstructiva crónica especificada	☐	J41.8	Bronquitis crónica mixta simple y mucopurulenta	
	☐	J44.9	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada	☐	J42	Bronquitis crónica no especificada	
	☐	J40	Bronquitis sin especificar si es aguda o crónica	☐	J43	Enfisema	
Asma grave	☐	J45.50	Asma persistente grave, sin complicaciones	Síndrome hipereosinófilico (SHE)	☐	D72.110	Síndrome hipereosinófilo idiopático (IHES)
	☐	J45.51	Asma persistente grave con exacerbación (aguda)		☐	D72.111	Variante linfóide del síndrome hipereosinófilo (LHES)
	☐	J82.83	Asma eosinofílica		☐	D72.119	Síndrome hipereosinófilo (SHE), no especificado
Pólipos nasales	☐	J33.0	Pólipo de la cavidad nasal	Granulomatosis eosinofílica con poliangéitis (GEPA)	☐	M30.1	Poliarteritis con afectación pulmonar (Churg-Strauss)
	☐	J33.1	Degeneración polipoide del seno				
	☐	J33.8	Otro tipo de pólipo sinusal	Otro	☐		
	☐	J33.9	Pólipos nasales, no especificado				

Complete el formulario, fírmelo y envíelo por FAX al: 1-844-237-3172

Para obtener ayuda, llame al: 1-844-468-2252 (de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este)

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):

• Se requiere la firma del prescriptor 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, ¿cuál?

☐ No derivar la receta a la farmacia especializada

RECETA: El prescriptor debe indicar el régimen de dosificación preferido de NUCALA

MEDICAMENTO		CONCENTRACIÓN/FORMA FARMACÉUTICA		CANT.	RESURTIDOS	INSTRUCCIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN
Administrado en el consultorio	Vial liofilizado de NUCALA (LYO)	☐	100 mg de polvo liofilizado en un vial de dosis única para reconstitución (NDC 0173-0881-01); reconstituir con 1.2 ml de agua esterilizada para inyección, USP			☐ Asma grave pediátrica (pacientes de 6 a 11 años): 40 mg por vía subcutánea en la parte superior del brazo, muslo o abdomen cada 4 semanas (LYO y PFS solamente) ☐ Asma grave/pólipos nasales: 100 mg por vía subcutánea en la parte superior del brazo, muslo o abdomen cada 4 semanas ☐ EGPA/HES: 300 mg por vía subcutánea administrados en 3 inyecciones separadas de 100 mg en la parte superior del brazo, muslo o abdomen cada 4 semanas ☐ EPOC: 100 mg administrados por vía subcutánea una vez cada 4 semanas
	Jeringa precargada (PFS) de NUCALA	☐	Jeringa precargada con solución de 40 mg/0.4 ml en una dosis única (NDC 0173-0904-42)			
Administrado en el hogar	Autoinyector (AI) NUCALA	☐	Autoinyector precargado con solución de 100 mg/ml en una dosis única (NDC 0173-0892-01)			
	Jeringa precargada (PFS) de NUCALA	☐	Jeringa precargada con solución de 100 mg/ml en una dosis única (NDC 0173-0892-42)			
		☐	Jeringa precargada con solución de 40 mg/0.4 ml en una dosis única (NDC 0173-0904-42)			

Declaración del prescriptor: Confirmando que la información que antecede es veraz y que le he recetado NUCALA al paciente antes nombrado. Por la presente confirmo que, en el caso de cualquier paciente asegurado que procure asistencia de copago de conformidad con el Programa de copago y en ausencia del apoyo económico de tal programa, todos los copagos, coaseguros u otros gastos de bolsillo aplicables a NUCALA se le cobrarán al paciente en el momento del tratamiento. Designo a Gateway to NUCALA 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 prescriptores 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.

FIRMA DEL PRESCRIPTOR

FIRMA DEL PRESCRIPTOR AQUÍ

SE PERMITE LA SUSTITUCIÓN

DISPENSAR SEGÚN INDICACIONES ESCRITAS*

(Fecha)

(Fecha)

Opcional: Asistencia de MyNUCALA



MyNUCALA ofrece servicios para el paciente que lo ayudarán a iniciar y continuar el tratamiento con NUCALA. Si está inscrito, un profesional de salud de la Línea de asistencia MyNUCALA lo llamará. La Línea de asistencia lo preparará respondiendo las preguntas que pueda tener sobre NUCALA.
Llámelos: 1-844-4-NUCALA (1-844-468-2252)

¹El personal de MyNUCALA no brinda consejo médico. Le indicarán que se comunique con su proveedor de servicios de salud en caso de preguntas relacionadas con enfermedades, tratamientos o derivaciones.

Consentimiento para asistencia de MyNUCALA:

Al proporcionar su nombre, domicilio, dirección de correo electrónico y otra información, incluida su indicación a continuación, usted autoriza que GSK y las empresas que trabajan para o con GSK lo contacten para fines de comercialización, estudios de mercado o publicidad, o lo inviten a interactuar de otras formas con GSK a través de diversos canales (p. ej., correo postal, correo electrónico, sitios web, publicidad en línea, aplicaciones 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, domicilio ni dirección de correo electrónico a ningún otro tercero para sus propios fines de comercialización.

Mi indicación (seleccione todas las respuestas pertinentes):

☐ Rinosinusitis crónica con pólipos nasales (RSCpPN) ☐ Asma grave
☐ Granulomatosis eosinofílica con poliangéitis (GEPA) ☐ Síndrome hipereosinófilo (SHE)
☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Para obtener más información acerca de cómo GSK trata su información, consulte nuestra declaración de privacidad en <https://privacy.gsk.com/en-us>.

Dirección de correo electrónico:

Se le alienta a que informe de cualquier efecto secundario negativo de medicamentos recetados a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Visite www.fda.gov/medwatch o llame al 1-800-FDA-1088.

Al firmar este formulario, **autorizo** a mis médicos; farmacias, incluso mis farmacias especializadas; y aseguradoras de salud (colectivamente “Proveedores de Servicios de Salud”) a usar y divulgar mi información médica personal (mi “Información”) a GlaxoSmithKline y GSK Patient Access Programs Foundation, sus agentes, representantes autorizados y contratistas (colectivamente “GSK”) para que GSK pueda usar y compartir mi información médica con el propósito de proporcionar Gateway to NUCALA servicios o programas de asistencia al paciente, que pueden incluir las siguientes actividades:

- 1) comunicarse con mis proveedores de servicios de salud acerca de mi receta de NUCALA y 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 información educativa sobre NUCALA 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 MyNucala en la página 1 de este formulario, enviarme información promocional, como se describe en el párrafo de consentimiento para la asistencia de [MyNucala] en la página 3 de este formulario.

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

- Mis proveedores de servicios de salud 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 servicios 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 en vigor durante dos (2) años después de que yo la firme o durante mi participación en Gateway to NUCALA o el Programa de asistencia al paciente de GSK, lo que tuviera una duración más prolongada, sujeto a cualquier requisito de las leyes estatales aplicables para que la Autorización expire.
- Tengo derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento. Comprendo además que para ello debo enviar por correo postal una declaración por escrito y firmada de mi revocación a P.O. Box 5490, Louisville, KY 40255. En caso de tal revocación, la autorización para usar o divulgar mi información perderá validez, pero no así ningún uso o divulgación realizados antes de la fecha en que se reciba mi declaración por escrito de revocación. Entiendo que, incluso si revoco la Autorización, GSK puede mantener mi información como parte de los registros de mi participación en Gateway to NUCALA y 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 Gateway to NUCALA 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.

Las marcas comerciales son propiedad del grupo de empresas de GSK o se usan conforme a una licencia otorgada al grupo de empresas de GSK.



©2025 GSK or licensor.
NP-US-MPL-BROC-250004 April 2025
Produced in USA. 0002-0036-60