

● PASO 1: Rellene la información del paciente

Lengua materna: Inglés Otra:

Nombre: _____ Apellido: _____

 Masculino Femenino Fecha de nacimiento: / /

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del hogar: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono preferido: Residencial Celular

Correo electrónico: _____

Otro nombre de contacto autorizado: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono de contacto: _____

● PASO 3: Firme la autorización del paciente: Por favor, incluya la firma del paciente para proveer los servicios. (Consulte la página 3 de este formulario para leer y firmar la autorización del paciente).

● PASO 4: Seleccione el tratamiento/medicamento prescrito:

 LONSURF® (trifluridina y tipiracilo) INQOVI® (decitabina y cedazuridina) LYTGObi® (futibatinib)

● PASO 5: Rellene la información del médico

Nombre del prescriptor: (Nombre, apellido)

Nombre de la institución/consultorio: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contacto en la oficina:

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico de contacto: _____

Especialidad: _____ N.º de NPI: _____

N.º de licencia médica del estado: _____ N.º de identificación de impuestos: _____

● PASO 6: Seleccione la farmacia especializada preferida por el proveedor

NOTA: La única farmacia especializada en la que se dispondrá de LYTGObi® es Onco360

 Accredo AllianceRx Walgreens Pharmacy Biologics CVS Onco360 Optum Specialty Pharmacy Suministro en el lugar Otro:

Para obtener más información, póngase en contacto con Taiho llamando al 844-824-4648

● PASO 2: Rellene la información del seguro

▶ Incluye copias del anverso y reverso de la(s) tarjeta(s) de seguro de su paciente

 Remisión al Programa de Asistencia al Paciente (Patient Assistance Program, PAP)/el paciente no tiene seguro Medicaid pendiente: Sí No Seguro principal:

ID #: _____ Grupo #: _____ Teléfono: _____

Nombre del suscriptor: _____ FDN: _____

Relación del suscriptor con el paciente: _____

Seguro secundario:

ID #: _____ Grupo #: _____ Teléfono: _____

Nombre del suscriptor: _____ FDN: _____

Relación del suscriptor con el paciente: _____

Nombre del plan de farmacia:

Póliza #: _____ Grupo #: _____ Teléfono: _____

Empresa: _____ Rx Bin #: _____ N.º Rx PCN: _____

● PASO 7: Diagnóstico e información clínica completa

Código ICD-10 de diagnóstico primario: _____

Descripción: _____

Resultado de la prueba de diagnóstico (si corresponde): _____

Tratamiento(s) previo(s)

Fechas	Dosis (en mg)	Tratamiento	Frecuencia

● ASO 8: Seleccione los servicios de enfermería (Seleccione "optar por" si el servicio es necesario)

 Optar por Según la opinión del paciente, mientras esté en terapia, el paciente debe recibir apoyo de enfermería que incluya educación, cumplimiento y preguntas generales sobre el manejo de la terapia.

● PASO 9: Leer y firmar

Al firmar a continuación, certifico que (Marque todo lo que corresponda):

 He recibido del paciente identificado arriba, o de su representante personal, la autorización necesaria para divulgar, de conformidad con las leyes y reglamentos de privacidad federales y estatales aplicables, información médica de referencia u otra información del paciente, en relación con la necesidad de la terapia prescrita arriba, a Taiho y sus agentes o contratistas con el propósito de buscar información relacionada con la cobertura de la terapia o ayudar a iniciar o continuar la terapia. He leído y estoy de acuerdo con el acuerdo del asociado comercial en la página 5 de este formulario.✕ Firma del prescriptor: _____
(sin sellos)

Fecha: _____

Consulte el documento adjunto con información completa sobre la receta de LONSURF®.

Consulte el documento adjunto con información completa sobre la receta de INQOVI®.

Consulte el documento adjunto con información completa sobre la receta de LYTGObi®.

Nombre del paciente: (Nombres, apellido)

Fecha de nacimiento del paciente:

Información de la receta:

LONSURF® (trifluridina y tipiracilo)

Altura: _____ Peso: _____ Superficie corporal (Body Surface Area, BSA)(m²): _____

Dosis inicial recomendada

Disponible en tabletas de 15 mg y 20 mg (con base en el componente de trifluridina)

Tome _____ mg 2 veces al día desde el día 1 hasta el 5, deje de tomarlo por 2 días, luego

Tome _____ mg 2 veces al día desde el día 8 hasta el 12, luego deje de tomarlo por 2 días. Descanse 14 días.

SIG (alternativo al anterior): _____

de tabletas por ciclo: 15 mg: _____ 20 mg: _____ Reabastecimiento: _____

INQOVI® (decitabina y cedazuridina)

Tableta de dosis fija (35 mg de decitabina y 100 mg de cedazuridina)

Dosis inicial recomendada

Tomar 1 tableta al día, días 1 a 5, cada 28 días.

SIG (alternativo al anterior): _____

de tabletas por ciclo: _____ Reabastecimiento: _____

LYTGOBI® (futibatinib)

Dosis inicial recomendada

Confirmada la presencia de la fusión del FGFR2 (receptor 2 del factor de crecimiento de los fibroblastos) o de otro reordenamiento

Disponible en tabletas de 4 mg

Tomar 5 tabletas (20 mg) una vez al día.

El suministro de 28 días de la dosis inicial es de 140 tabletas.

SIG (alternativo al anterior): _____

N.º de tabletas: De 20 mg: _____ De 16 mg: _____ De 12 mg: _____ Reabastecimiento: _____

Lea y firme la declaración de necesidad médica

Autorizo a Taiho y a sus agentes o contratistas a enviar la receta mencionada anteriormente, por fax u otro medio de entrega, a una farmacia de la red de apoyo al paciente de oncología de Taiho.

Al firmar a continuación, certifico que la terapia prescrita anteriormente es médicamente necesaria.

Firma del prescriptor:

(sin sellos)

(sustitución permitida)

Fecha:

Firma del prescriptor:

(sin sellos)

(dispensar la marca recetada)

Fecha:

► El médico deberá cumplir con los requisitos de receta específicos de su estado, como la receta electrónica, el formulario de receta específico del estado, el idioma del fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos de cada estado podría dar lugar a que debamos ponernos en contacto con el prescriptor.

Consulte el documento adjunto con **información completa sobre la receta de LONSURF®.**

Consulte el documento adjunto con **información completa sobre la receta de INQOVI®.**

Consulte el documento adjunto con **información completa sobre la receta de LYTGOBI®.**

Nombre del paciente: (Nombres, apellido)

Fecha de nacimiento del paciente:

● Autorización del paciente

Se requiere una autorización del paciente para proceder a los servicios. Lea y firme la autorización del paciente a continuación.

Verifico que la información presentada aquí es verdadera y correcta. Entiendo que la recopilación, el uso y la divulgación de mi información personal de salud (que incluye, a título enunciativo, el nombre, la dirección, el número de seguro social, el número de teléfono, la información del seguro, la condición médica, los registros médicos y otra información contenida en este formulario) está protegida por la ley. Al firmar esta autorización, entiendo que estoy de acuerdo con la recopilación, divulgación y uso de mi información personal de salud como se describe a continuación.

Autorizo a cada uno de mis planes de salud, aseguradoras, médicos, profesionales de atención médica, hospitales, clínicas, farmacias u otros proveedores de atención médica y a quienes trabajan en su nombre a divulgar mi información personal de salud a Taiho Oncology, Inc. ("Taiho"), sus empleados, afiliados y sus representantes, agentes y contratistas para los siguientes propósitos: (i) investigar y resolver la cobertura del seguro o las solicitudes de reembolso, o revisar la elegibilidad para los programas de asistencia al paciente, asistencia de copago o programas similares e inscribirme en dichos programas; (ii) contactar y suministrar mi información personal de salud a mi aseguradora, organizaciones de defensa del paciente, programas de asistencia al paciente u otras fuentes de financiamiento para determinar la elegibilidad para la cobertura u otros fondos; (iii) cumplir y coordinar el cumplimiento y la entrega de las prescripciones; (iv) asistir en la capacitación en materia de productos y prestar apoyo a los productos y material educativo, y (v) cualquier uso interno por parte de Taiho. Entiendo que Taiho puede revelar nuevamente mi información suministrada dentro del marco de esta autorización y puede que ya no se ampare en las leyes de privacidad federales o estatales. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización, y mis proveedores de tratamiento y planes de salud no podrán restringir el tratamiento actual o futuro, el pago o la elegibilidad para beneficios de acuerdo con mi consentimiento de esta autorización. Entiendo que tengo derecho a una copia de esta autorización. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando por correo una carta a Taiho Oncology, Inc., P.O. Box 30226, Bethesda, MD 20824. Sin embargo, esta cancelación no se aplicará a ninguna información ya utilizada o revelada a través de esta autorización. La presente autorización caduca a los cinco (5) años de la fecha indicada a continuación.

Entiendo que los proveedores de mi farmacia pueden recibir una remuneración por divulgar mi información personal de salud, de conformidad con esta autorización. Además, autorizo a los proveedores de mi farmacia a utilizar mi información personal de salud para comunicarse conmigo sobre el medicamento que se me ha prescrito y entiendo que pueden recibir una remuneración por dichas comunicaciones.

X Firma del paciente o de su representante:

Fecha:

Si es representante, relación con el paciente (cónyuge, tutor legal, etc.):

Programa de Asistencia al Paciente Formulario de inscripción del paciente

Nombre del paciente: (Nombres, apellido)

Fecha de nacimiento del paciente:

● Programa de Asistencia al Paciente

¿Número de personas en su hogar, incluido usted? 1__2__3__4__5__6__7__8+__

¿Cuál es su ingreso familiar anual total? (Incluida la Seguridad de Ingreso Suplementario [Supplemental Security Income, SSI], salarios brutos, etc.) \$ _____

► Para verificar lo anterior, tendrá que proporcionar uno de los siguientes datos: (1) copias de las declaraciones de impuestos federales u otros documentos, como extractos bancarios, prueba de la Seguridad de Ingreso Suplementario, etc., o (2) la autorización para obtener su perfil crediticio de Experian Health, con el fin de verificar su elegibilidad de ingresos. **Elija la opción que prefiera:**

Usted entiende que, al marcar la casilla "Estoy de acuerdo" que aparece inmediatamente después de este aviso, está proporcionando "instrucciones por escrito" a Taiho Oncology, Inc ("Taiho") o a sus agentes, en virtud de la ley federal o estatal, que autoriza la verificación electrónica de los ingresos mediante la obtención de información de su perfil de crédito personal u otra información de Experian Health.

Usted autoriza a Taiho o a sus agentes para que obtengan dicha información con el único fin de validar su elegibilidad de ingresos, a fin de determinar su elegibilidad para la asistencia para el paciente.

ESTOY DE ACUERDO con las condiciones anteriores sobre la verificación electrónica de los ingresos a través de Experian Health

NO ESTOY DE ACUERDO con las condiciones anteriores y no deseo que Experian Health verifique mis ingresos. Entiendo que se me pedirá que proporcione documentación de respaldo para autenticar mis ingresos y mi elegibilidad

Doy fe de que la información presentada es fiel y exacta. Doy fe de que no tengo cobertura de seguro de prescripción para el medicamento indicado o que es insuficiente, ni siquiera Medicaid, Medicare o cualquier otro programa público o privado, y que no tengo recursos financieros suficientes para pagar la terapia prescrita.

Entiendo y acepto que los medicamentos recibidos que cubre el Programa de Asistencia con las Prescripciones (Prescription Assistance Program, PAP) no contarán para mis gastos en efectivo reales (true-out-of-pocket, TROOP), tal como se define en la Ley de Modernización de Medicare. Entiendo que los medicamentos dentro del PAP me los recetará mi médico, sin costo alguno ni para mí ni para ninguna otra persona; por lo tanto, acepto que no presentaré ningún reclamo por el medicamento PAP a ningún tercero, ni siquiera mi Plan de la Parte D de Medicare. Además, acepto que no solicitaré ningún reembolso por ningún medicamento obtenido dentro del marco de este programa.

Con mi firma, autorizo la divulgación de información concerniente a mi persona y a mi condición médica a Taiho Oncology, Inc. ("Taiho") o sus agentes. Autorizo a Taiho o sus agentes a usar y divulgar tal información para la evaluación de mi elegibilidad, inscripción y administración de la asistencia al paciente de Taiho, lo cual puede incluir contactar a mi aseguradora, programas de fondos públicos, trabajadores sociales, organizaciones de apoyo, proveedores de atención médica u otras personas o entidades que Taiho considere apropiados para liberar todos los archivos médicos o información solicitada que tenga que ver con mi elegibilidad y beneficios en virtud del programa.

Además, acepto que en cualquier momento de mi inscripción, Taiho puede solicitar documentos adicionales para autenticar las declaraciones hechas en mi solicitud. Taiho o sus agentes se comprometen a no revelar ninguna información, excepto las requeridas para la administración del programa, según lo autorizado por mí o conforme lo disponga la ley. Entiendo y reconozco que esta asistencia es temporal y que este programa se puede modificar o suspender en cualquier momento sin previo aviso. La información anterior complementará la información suministrada en mi solicitud de inscripción original.

X Firma del paciente o de su representante:

Fecha:

Si es representante, relación con el paciente (cónyuge, tutor legal, etc.):

● Acuerdo del asociado comercial

Estimado Doctor:

Taiho Oncology Patient Support quisiera acelerar la investigación de los beneficios y el triage de sus prescripciones para que sus pacientes reciban la terapia lo más rápido posible. En ocasiones, obtener la autorización del paciente, que se encuentra en la página 3, puede retrasar la obtención del tratamiento si el paciente no está en su consultorio para firmar el formulario cuando usted hace la remisión. Por lo tanto, le ofrecemos la oportunidad de firmar un Acuerdo de Asociado Comercial (Business Associate Agreement, BAA) con CareMetx, la empresa a cargo de los servicios de Taiho Oncology Patient Support. Este BAA es un paso provisional que permitirá a CareMetx iniciar una investigación de beneficios y triage de sus recetas **para todos sus pacientes** lo antes posible con el objeto de apoyar el acceso al tratamiento, mientras se trabaja en paralelo para obtener la autorización del paciente. Así, se optimizan todos los servicios para sus pacientes en terapia.

- Taiho Oncology Patient Support

CareMetx (Compañía) es un socio comercial del médico firmante (MD) que presta servicios de investigación de beneficios y otros servicios de apoyo a los pacientes, incluida la asistencia en surtir oportunamente las recetas ("Servicios") para el MD. El MD y la Compañía acuerdan que, hasta que el MD revoque su permiso, la Compañía prestará dichos servicios a los pacientes del MD, sujeto a los siguientes términos. La Compañía utilizará la información de salud protegida (protected health information, PHI) solo para prestar los servicios. La Compañía no usará ni divulgará la PHI de otra manera que no sea la permitida en el presente documento o conforme lo disponga la ley. La Compañía podrá utilizar la PHI del MD si es necesario para el manejo y administración adecuados de la Compañía o para llevar a cabo las responsabilidades legales de la Compañía. La Compañía puede anonimizar la PHI. Una vez que se suprime la identificación de la PHI, ya no está cubierta por este acuerdo. La Compañía implementará las garantías apropiadas para prevenir el uso o la divulgación no autorizada de la PHI, incluida la implementación de los requisitos de la Regla de Seguridad de la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). La Compañía notificará al MD cualquier uso o revelación no autorizada de la PHI, incluso cualquier incidente de seguridad que comprometa la integridad de la PHI en poder de la Compañía en nombre del MD y cualquier violación de la PHI. La Compañía responderá, de manera que permita al MD cumplir con los requisitos de la Regla de Privacidad, a las solicitudes del MD de brindar a las personas acceso a su PHI. El MD podrá exigir a la Compañía que ponga a disposición la PHI para las enmiendas (e incorporar cualquier enmienda requerida) y las cuentas. La Compañía cumplirá con los requisitos de la Regla de Privacidad aplicable a la Compañía. A petición del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (Department of Health and Human Services, HHS) o del MD, la Compañía pondrá a disposición sus prácticas internas, libros y registros relacionados con el uso y la divulgación de la PHI suministrada, creada o recibida por la Compañía en nombre de MD a los efectos de determinar el cumplimiento del MD o de la Compañía con la Regla de Privacidad de la HIPAA. Al terminar la prestación de servicios al MD, la Compañía devolverá o destruirá toda la PHI recibida del MD o creada o recibida por la Compañía, a menos que no sea factible; en cuyo caso, la Compañía extenderá estas protecciones a la PHI que conserve al cabo de este acuerdo. La Compañía se asegurará de que sus subcontratistas que tengan acceso a la PHI estén de acuerdo con las restricciones y condiciones equivalentes sobre la PHI que se aplican a la Compañía. El MD puede dar por terminado su acuerdo con la Compañía por violación de un término sustancial, y los contratos entre la Compañía y los subcontratistas asociados están sujetos a estos mismos requerimientos. Al firmar este formulario, el MD está de acuerdo con estas disposiciones de asociados comerciales.

X Firma del prescriptor:

Fecha:

X Firma de CareMetx:

Patrick Geisler, Agente de privacidad de CareMetx