

Formulario de inscripción del paciente

Teléfono: (844)TAIHO-4U (844-824-4648)

Fax: 1-844-287-2559

Horario de atención: 8AM a 8PM, ET de lunes a viernes

INQOVI
(decitabina y cedazuridina)
pastillas de 35mg / 100mg



TAIHO ONCOLOGY
PATIENT SUPPORT

www.TaihoPatientSupport.com

PASO 1: Rellenar la información del paciente

Paciente del Programa de Acceso Temprano (Early Access Program, EAP): Sí No
Si es así, lugar del estudio:

Lengua materna: Inglés Otra:

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: / /

Dirección:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono preferido: Casa Celular

Mejor hora de contacto: Mañana Tarde Noche

Correo electrónico:

Nombre de contacto alternativo autorizado:

Relación con el paciente: _____ Teléfono de contacto: _____

PASO 2: Rellenar la información del seguro

► Incluye copias del frente y el revés de la(s) tarjeta(s) de seguro de su paciente

Remisión a Programa de Asistencia al Paciente (Patient Assistance Program, PAP) / El paciente no tiene seguro Pendiente de Medicaid: Sí No

Seguro principal:

#de ID: _____ # de Grupo: _____ Teléfono: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fec. Nac.: _____

Relación del suscriptor con el paciente:

Seguro secundario:

#de ID: _____ # de Grupo: _____ Teléfono: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fec. Nac.: _____

Relación del suscriptor con el paciente:

Nombre del plan de Farmacia:

de póliza: _____ # de Grupo: _____ Teléfono: _____

Empleador: _____ # de Rx Bin: _____ # de Rx PCN: _____

● PASO 3: Firmar la autorización del paciente: incluye la firma del paciente para poder prestar los servicios. (Consulte la página 2 de este formulario para leer y firmar la autorización del paciente.)

PASO 4: Rellenar la información del médico

Nombre del prescriptor: (nombre, apellido)

Nombre de la clínica/práctica:

Dirección:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Contacto del consultorio:

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico de contacto:

Especialidad: _____ # de NPI: _____

de Lic. Médica del Estado: _____ # de ID fiscal: _____

de ID específico del pagador: _____ # de DEA: _____

PASO 5: Seleccionar la farmacia especializada preferida por el proveedor

Accredo Avella Biologics CVS

Onco360 Walgreens Entrega en el lugar Otra:

PASO 6: Rellenar el diagnóstico y la información clínica

Diagnóstico principal:

Síndromes mielodisplásicos (SMD)

Leucemia mielomonocítica crónica (CMML) Otro _____

Código CIE-10 (ICD-10 Code) del diagnóstico principal: _____

Sistema de puntuación del pronóstico del SMD utilizado y el grupo de riesgo correspondiente:

IPSS Intermedio-1 Intermedio-2 Alto

IPSS-R Intermedio Alto Muy alto

WPSS Alto Muy alto

PASO 7: Seleccionar los servicios de enfermería (Elija "Recibir" si el servicio es necesario)

Recibir Después de conversar con el paciente, mientras esté en terapia, debe recibir apoyo de enfermería que incluya educación, cumplimiento y preguntas generales sobre el manejo de la terapia.

PASO 8: Información sobre la receta (* Indica que el campo es obligatorio)

Receta de pastillas de dosis fija de **Rx INQOVI**[®]

(35 mg de decitabina + 100 mg de cedazuridina)

de pastillas por ciclo: _____ Recargas: _____

Tomar 1 pastilla diaria, días 1 al 5, cada 28 días

Firma: _____

PASO 9: Leer y firmar la declaración de necesidad médica

Al firmar a continuación, certifico que: (a) la terapia antes mencionada es médicamente necesaria, y (b) (marque uno):

Recibí del paciente identificado anteriormente, o de su representante personal, la autorización necesaria para dar a conocer la información médica remitida u otra información relacionada con la necesidad de la terapia recetada, de conformidad con las correspondientes leyes y reglamentos federales y estatales que rigen la privacidad, 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 de Asociación Comercial en la página 4 de este formulario.

Autorizo a Taiho y a sus agentes o contratistas a enviar una prescripción de INQOVI por fax u otro medio de entrega a una farmacia dentro la red de Apoyo al Paciente de Taiho Oncology.

► El médico debe cumplir con los requisitos de prescripción específicos de su estado, como la prescripción electrónica, el formulario de prescripción específico del estado, el idioma del fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos de cada estado podría dar lugar a un seguimiento al prescriptor.

✗ Firma del prescriptor: _____ Fecha: _____
(sin sellos) (Se permite la sustitución)

✗ Firma del prescriptor: _____ Fecha: _____
(sin sellos) (Distribuir según lo indicado)



Información completa sobre la prescripción disponible en www.inqovi.com/espi

Nombre del paciente: (nombres, apellido) _____ **Fecha de nacimiento:** _____

● Autorización del paciente

Se requiere una autorización del paciente para proceder con 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, pero no se limita a, nombre, dirección, número de seguro social, número de teléfono, información del seguro, condición médica, 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 la salud, hospitales, clínicas, farmacias u otros proveedores de atención médica y a quienes trabajan en su nombre a revelar 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 respecto a productos y material educativo, y (v) cualquier uso interno por parte de Taiho. Entiendo que Taiho puede revelar nuevamente mi información suministrada dentro el 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 mediante una carta a Taiho Oncology, Inc., P.O. Box 30226, Bethesda, MD 20824. Entiendo, no obstante, que esta anulación 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 tener una tarifa por dichas comunicaciones.

✕ 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: _____

Programa de Asistencia al Paciente

¿Número de personas que viven en su casa, incluyéndose usted? 1 2 3 4 5 6 7 8+

¿Cuál es el ingreso total anual de su núcleo familiar? (Incluyendo Ingreso de Seguridad Suplementaria (Supplementary Security Income, SSI), salarios netos, etc.) \$ _____

▶ Para verificar lo anterior, deberá proveer uno de los siguientes: (1) copias de las declaraciones de impuestos federales u otros documentos como estados de cuenta bancarios, evidencia de Ingreso de Seguridad Social, etc. o (2) autorización para obtener su perfil de crédito de Experian Health con el fin de verificar su elegibilidad de ingresos. **Elija la opción de su preferencia:**

Entiendo que al marcar la casilla "Acepto" inmediatamente después de este aviso, estará dando "instrucciones escritas" a Taiho Oncology, Inc ("Taiho") y/o a sus agentes, de conformidad con la ley federal o estatal, de que autoriza la verificación electrónica de ingresos mediante la obtención de información de su perfil de crédito personal u otra información de Experian Health.

Autoriza a Taiho y/o a sus agentes a obtener dicha información única y exclusivamente para validar su elegibilidad de ingresos con el fin de determinar si es elegible para la asistencia al paciente.

- ACEPTO** los términos anteriores para la verificación electrónica de ingresos mediante el uso de Experian Health.
- NO ACEPTO** los términos anteriores y no deseo que Experian Health verifique mis ingresos. Entiendo que se me pedirá que presente la documentación de respaldo para comprobar mis ingresos y mi elegibilidad.

Doy fe de que la información anterior es completa y precisa. Doy fe de que no tengo cobertura de seguro para prescripciones para el medicamento indicado o que es insuficiente, incluyendo 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 del 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 medicamentos del PAP a ningún tercero, ni siquiera a mi Plan de la Parte D de Medicare (*Medicare Part D Plan*). Además, acepto que no solicitaré ningún reembolso por ningún medicamento obtenido por medio 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") y/o sus agentes. Autorizo a Taiho y/o sus agentes a usar y divulgar tal información para la evaluación de mi elegibilidad e 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 durante mi inscripción, Taiho puede solicitar documentos adicionales para comprobar las declaraciones hechas en mi solicitud. Taiho y/o sus agentes se comprometen a no revelar ninguna información a ningún tercero, excepto las requeridas por 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 puede modificarse o suspenderse en cualquier momento sin previo aviso. La información anterior complementará la información incompleta suministrada en mi solicitud de inscripción original.

✕ **Firma del paciente o de su representante:** _____ **Fecha:** _____

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

Acuerdo de Asociación Comercial

● Acuerdo de Asociación Comercial

Estimado Doctor,

Apoyo al Paciente de Taiho Oncology quisiera acelerar la investigación de los beneficios y el triage de sus prescripciones para que sus pacientes reciban la terapia lo más rápido posible. A veces la obtención de la Autorización del Paciente, que se encuentra en la página dos, 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 Asociación Comercial (Business Associate Agreement, BAA) con CareMetx, la empresa a cargo de los servicios de Apoyo al Paciente de Taiho Oncology. Este BAA es un paso provisional que permitirá a CareMetx iniciar una investigación de beneficios y triage de sus prescripciones 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 prescripciones ("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, incluyendo 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 solicitar a la Compañía que ponga a disposición la PHI para 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 dicha devolución o destrucción no sea factible; en cuyo caso, la Compañía extenderá estas protecciones a la PHI que conserve después de la terminación 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 comerciales asociados están sujetos a estos mismos requerimientos. Al firmar este formulario, el MD está de acuerdo con estas disposiciones de asociados comerciales.

Firma del prescriptor: _____ Fecha: _____

Firma de CareMetx: **Greg Lahens, Agente de Privacidad de CareMetx**