

PASO 1: Rellene la información del paciente

 Paciente dentro del Programa de Asistencia al Empleado (Employee Assistance Program, EAP): Sí No Si la respuesta es afirmativa, centro de estudio: _____

 Lengua materna: inglés Otra: _____

Nombre: _____ **Apellido:** _____

 Sexo: Masculino Femenino **Fecha de nacimiento:** / /

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono residencial: _____ **Teléfono celular:** _____

 Teléfono preferido: Residencial Celular

 El momento ideal para contactarlo: Mañana Tarde Noche

Correo electrónico: _____

Otro nombre de contacto autorizado: _____

Relación con el paciente: _____ Teléfono de contacto: _____

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 #:** _____ **Rx PCN#:** _____

PASO 3: Firme la autorización del paciente: incluya la firma del paciente para proveer los servicios. (Consulte la página 2 de este formulario para leer y firmar la autorización del paciente).
PASO 4: 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: _____ NPI #: _____

Licencia médica del Estado #: _____ ID de impuestos #: _____

Identificación del pagador #: _____ DEA #: _____

PASO 5: Seleccione la farmacia especializada preferida por el proveedor
 Accredo Avella Biologics CVS/Caremark

 Onco360 Walgreens La venta in situ Otro: _____

PASO 6: Suministre el diagnóstico y la información clínica
Diagnóstico principal Código ICD 10: _____

 Etapa TNM clínica: CCRm cáncer gástrico metastásico incl. GEJ Otra

 Línea de terapia: Tercera Cuarta Quinta Otra

 Tratamiento anterior: Ninguno Cirugía Radiación Quimioterapia/Terapia dirigida:

 Especifique: FOLFOX FOLFIRI FOLFOXIRI CapeOx Irinotecan Capecitabine

 5-FU/LV bevacizumab cetuximab panitumumab regorafenib ziv-aflibercept

 pembrolizumab nivolumab ramucirumab trastuzumab Otro: _____

 Finalización de la prueba: Prueba EGFR Sí No Resultado _____

 Prueba MSI-H Sí No Resultado _____

 Prueba dMMR Sí No Resultado _____

 Prueba HER-2 Sí No Resultado _____

 Estado del KRAS: Silvestre Mutado

mCRC=cáncer colorrectal metastásico; GEJ=unión gastroesofágica.
PASO 7: Seleccione los servicios de enfermería (Seleccione «opt in» [opt par] si el servicio es necesario)

 Opt in 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 8: Información de prescripción (* campos obligatorios)

 *Estatura: _____ *Peso: _____ *ASC (m²): _____

Rx LONSURF® (trifluridina y tipiracilo)

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.

FIRMA: _____

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

PASO 9: Lea y firme la Declaración de Necesidad Médica

Al firmar a continuación, certifico que [a] la terapia prescrita anteriormente es médicamente necesaria, y [b] (marque uno):

 He recibido del paciente identificado arriba, o 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 de Asociado Comercial en la página 4 de este formulario.

 Autorizo a Taiho y a sus agentes o contratistas a enviar una receta de LONSURF por fax u otro medio de entrega, a una farmacia de la red de Apoyo al Paciente de Oncología de Taiho.

▶ El médico deberá 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 que el prescriptor se ponga en contacto con él.

X Firma del prescriptor: _____ Fecha: _____

(sin sellos) (sustitución permitida)

X Firma del prescriptor: _____ Fecha: _____

(sin sellos) (presentar como está escrito)

Nombre del paciente: (nombres, apellido)

Fecha de nacimiento:

● 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 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 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 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 recibir una remuneración por dichas comunicaciones.

✕ Firma del paciente o de su representante:

Fecha:

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

Nombre del paciente: (nombres, apellido)

Fecha de nacimiento:

Programa de Asistencia al Paciente

¿Cuántas personas 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 Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplementary Security Income, SSI), salarios netos, etc.) \$ _____

▶ Para verificar lo anterior, deberá proveer uno de los siguientes recaudos: (1) copias de las declaraciones de impuestos federales u otros documentos como estados de cuenta bancarios, evidencia de SSI, 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:**

Entiende que al marcar la casilla "Acepto" inmediatamente después de este aviso, estará dando "instrucciones escritas" a Taiho Oncology, Inc ("Taiho") 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 o a sus agentes a obtener dicha información única y exclusivamente para validar su elegibilidad de ingresos con el fin de determinar si opta a 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 refrendar mis ingresos y mi elegibilidad.

Doy fe de que no tengo un seguro para medicamentos; que, de tenerlo, es insuficiente para la cobertura de los medicamentos indicados, incluyendo Medicaid, Medicare o cualquier otro programa público o privado; y que no tengo los recursos 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 a 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 y/o sus agentes. Autorizo a Taiho o sus agentes a usar y revelar tal información para la evaluación de mi elegibilidad para la asistencia al paciente, inscripción y administración 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 puede modificarse o suspenderse en cualquier momento sin previo aviso. La información anterior complementará la información 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 Asociado Comercial

● Acuerdo de 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. 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 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: **Greg Lahens, Agente de Privacidad de CareMetx**