

INSCRIPCIÓN DE PACIENTES EN EL PROGRAMA PUMA PATIENT LYNX: SE REQUIERE INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA.

Este formulario de inscripción se puede utilizar para solicitar los siguientes servicios de apoyo para NERLYNX® (neratinib) sin costo alguno para el paciente:

- Verificación de los beneficios del seguro del paciente
- Autorización previa/Apoyo para la apelación
- Inscripción y elegibilidad para QuickStart y programas relacionados en caso de retraso en la cobertura del seguro
- Inscripción y elegibilidad para el programa de productos de apoyo para el tratamiento de la diarrea
- Otros programas de apoyo y asistencia disponibles a través de Puma Patient Lynx

Proporcione toda la información demográfica y de seguro del paciente (incluya una copia de la tarjeta de seguro, por delante y por detrás, si es posible).

Proporcione la mayor cantidad de información clínica posible para que Puma Patient Lynx pueda ayudar con cualquier autorización previa que sea necesaria.

Una vez que se haya determinado la cobertura de los beneficios, si su paciente no tiene seguro o tiene necesidades financieras, Puma Patient Lynx puede ayudar a investigar posibles opciones de financiación alternativas y derivar al paciente al programa de asistencia financiera adecuado según sus requisitos.

- Programa de asistencia para copagos/coseguros de Puma Comercial
- Fundaciones independientes que brindan asistencia para copagos
- Programas de asistencia gubernamentales u de otros terceros
- Programa de Asistencia para pacientes de Puma

Los programas ofrecidos por Puma o por organizaciones externas pueden tener requisitos específicos de elegibilidad y cualificación para la participación. Los programas están sujetos a cambios o cancelaciones sin previo aviso.

Los servicios de apoyo al paciente y al producto proporcionados por Puma Patient Lynx no constituyen una garantía de cobertura o reembolso del producto. El proveedor de atención médica y el paciente son totalmente responsables de todas las reclamaciones presentadas a las aseguradoras privadas o a los programas gubernamentales, incluida la exactitud de toda la información proporcionada.

INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Nombre del médico _____ Número de NPI _____

Número de identificación fiscal# _____

Dirección _____ Ciudad/Estado/Código postal _____

Nombre de contacto del consultorio _____ Nombre del establecimiento _____

Número de teléfono y extensión _____ Número de fax _____

Método de contacto preferido: Teléfono Fax Correo electrónico _____

PREFERENCIA DE ENTREGA/FARMACIA ESPECIALIZADA PARA NERLYNX® (NERATINIB)

Farmacia del Consultorio de Oncología

Biologics, Inc. Onco360® Accredo® Health Group, Inc.

CVS Caremark® Specialty Pharmacy Optum® Specialty Pharmacy

Marque si el medicamento recetado ya ha sido enviado a la farmacia especializada marcada arriba

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre (Nombre y apellido) _____ Dirección de correo electrónico _____
Dirección _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) _____
Ciudad _____ Número de teléfono de casa _____
Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono alternativo _____

Se requiere la firma del paciente en el formulario de autorización para el acceso a la información médica (HIPAA).

(Ver el Formulario de Autorización del paciente por separado)

El paciente no tiene seguro comercial

INFORMACIÓN DE SEGURO DEL PACIENTE

Adjunte copias de ambos lados de la(s) tarjeta(s) de seguro médico del paciente. Incluya la información médica y farmacéutica, si está disponible.

Nombre del seguro principal/PBM _____
Teléfono del seguro/PBM _____
Nombre del titular de la tarjeta _____
Número de póliza _____ Número de grupo _____
Rx BIN _____ PCN _____

Nombre del seguro/PBM secundario _____
Teléfono del seguro/PBM _____
Nombre del titular de la tarjeta _____
Número de póliza _____ Número de grupo _____
Rx BIN _____ PCN _____

Está inscrito el paciente en un programa de seguro médico público? (por ejemplo, Medicare o Medicaid)?

Sí No

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de inicio del medicamento: (DD/MM/YYYY) _____

Con el nivel más alto de especificidad, proporcione:

Diagnóstico principal

- C50 Neoplasia maligna de mama
- HER2+ Cáncer de mama en etapa temprana (adyuvante extendido) previamente tratado con trastuzumab
 - HER2+ Cáncer de mama metastásico o avanzado previamente tratado con 2 o más regímenes basados en anti-HER2 en el contexto metastásico
- ¿El paciente también está empezando a usar Capecitabina? Sí No

Otro (proporcione ICD10): _____

Diagnóstico secundario - ICD10: _____

Otros tratamientos anteriores/Fechas: _____

Alergias a medicamentos: _____ Sin alergias conocidas _____

OTROS PRODUCTOS*

*Si así lo exigen las leyes estatales aplicables, adjunte copias de todas las recetas en formularios de prescripción estatales oficiales.

Nombre del Paciente _____ Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) _____

Dirección _____

Capecitabine: Dosis _____ Cantidad _____ Reposiciones _____ Concentración _____

Indicaciones _____

Loperamida: Dosis _____ Cantidad _____ Reposiciones _____ Concentración _____

Indicaciones _____

Budesónida: Dosis _____ Cantidad _____ Reposiciones _____ Concentración _____

Indicaciones _____

Colestipol: Dosis _____ Cantidad _____ Reposiciones _____ Concentración _____

Indicaciones _____

Al firmar este formulario, declaro y certifico que: (1) soy un profesional de la salud con licencia, debidamente autorizado para recetar medicamentos, y he recetado comprimidos de NERLYNX® (neratinib) (y cualquier otro producto que figure en este formulario) basándome en mi criterio profesional independiente sobre la necesidad médica y en el mejor interés de este paciente; (2) la información proporcionada en este formulario es veraz y correcta, a mi leal saber y entender; (3) he obtenido el consentimiento por escrito de este paciente (o de su representante legal autorizado) para divulgar la información anterior a Puma (y a las empresas terceras que trabajan con Puma) con el fin de verificar los beneficios del seguro y otras necesidades de cobertura para NERLYNX® e inscribirlo en Puma Patient Lynx, incluidos los programas de apoyo relacionados; (4) he obtenido las autorizaciones del paciente por escrito, en la forma y manera exigidas por la legislación estatal y federal aplicable, incluida la HIPAA, para divulgar la información del paciente que figura en este formulario y según sea necesario para facilitar su participación en Puma Patient Lynx y los programas de apoyo relacionados; y (5) cualquier medicamento suministrado o proporcionado por Puma en virtud de este formulario de inscripción es únicamente para uso del paciente cuyo nombre figura en este formulario y no se venderá, intercambiará, transferirá, devolverá para obtener un crédito ni se presentará a ningún tercero pagador para su reembolso.

Autorizo la divulgación de información médica y/o de otro tipo del paciente relacionada con la terapia con NERLYNX® a Puma (incluidos los representantes y proveedores de servicios de terceros de Puma), y a las aseguradoras, farmacias, otros proveedores médicos y sus respectivos representantes y proveedores de servicios de terceros (para que utilicen y divulguen dicha información según sea razonablemente necesario para proporcionar el producto y los servicios al paciente mencionado anteriormente).

(No se aceptan sellos de firma)

_____/_____/_____/_____
Firma del prescriptor Fecha
(dispensar tal como está escrito)

_____/_____/_____/_____
Firma del médico supervisor Fecha
(donde sea necesario)

