

PumaPatientlynx™ FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Teléfono: 855-816-5421
Fax: 844-276-5153
NERLYNX.com

Tipo de solicitud: Verificación de beneficios Autorización previa/Apoyo para apelación Productos de apoyo

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

- Farmacia del Consultorio de Oncología
- AcariaHealth™ 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

2 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

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

Se requiere la firma del paciente para la Autorización HIPAA en la página 4 de este formulario.

3 INFORMACIÓN DE SEGURO DEL PACIENTE

Adjunte copias de ambos lados de la(s) tarjeta(s) del seguro del paciente. Incluya la información médica y de farmacia en caso de que esté 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 _____

El paciente no tiene seguro comercial ¿Está inscrito el paciente en un programa de seguro médico público? (por ejemplo, Medicare o Medicaid)? Sí No

4 INFORMACIÓN CLÍNICA

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

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

5 INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Nombre del médico _____ Número de NPI _____
 Dirección _____ Número de identificación fiscal _____
 Nombre de contacto del consultorio _____ Ciudad/Estado/Código postal _____
 Número de teléfono y extensión _____ Nombre del establecimiento _____
 Método de contacto preferido: Teléfono Fax Número de fax _____
 Correo electrónico Dirección de correo electrónico _____

6 RECETA DE NERLYNX® (NERATINIB) (SOLO PARA USO ORAL)*

*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 (MM/DD/AAAA) _____
 Dirección _____

Receta estándar. Completar a continuación

Nombre del producto NERLYNX® (neratinib) pastillas de 40 mg
 Indicaciones _____
 Cantidad 180 133
 Número de reposiciones _____ Dosis inicial: 240 mg Otro: _____
 Instrucciones adicionales/diferentes: _____

Receta de inicio rápido. Completar a continuación**

Nombre del producto NERLYNX® (neratinib) pastillas de 40 mg
 Indicaciones _____
 Cantidad _____ Número de reposiciones _____ (MÁX 1)
 Instrucciones adicionales/diferentes: _____

****Complete la receta de inicio rápido para NERLYNX® (neratinib) para obtener un suministro gratuito de 21 días en caso de que haya retrasos en la obtención de la cobertura a través del seguro del paciente. Consulte la página 4 para obtener más información.**

7 OTROS PRODUCTOS*

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

Capecitabina: Dosis _____ Cantidad _____ Reposiciones _____ Concentración _____
 Indicaciones _____
 Loperamida: Dosis _____ Cantidad _____ Reposiciones _____ Concentración _____
 Indicaciones _____
 Budesonida: Dosis _____ Cantidad _____ Reposiciones _____ Concentración _____
 Indicaciones _____
 Colestipol: Dosis _____ Cantidad _____ Reposiciones _____ Concentración _____
 Indicaciones _____
 Otro: Dosis _____ Cantidad _____ Reposiciones _____ Concentración _____
 Indicaciones _____

AUTORIZACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Mediante la firma de este formulario, certifico que he recetado NERLYNX® (neratinib) con base en mi criterio profesional de necesidad médica y que supervisaré el tratamiento médico del paciente. He obtenido el consentimiento por escrito de este paciente para revelar la información del seguro a Puma para el propósito de verificar los beneficios del seguro para NERLYNX® (neratinib). Autorizo la entrega de información médica y/u otra información del paciente relacionada con la terapia con NERLYNX® (neratinib) a los agentes y proveedores de servicios de Puma (incluidos, entre otros, PharmaCord) y las farmacias que dispensan NERLYNX® (neratinib) para que la usen y revelen según sea necesario para despachar la receta y suministrar cualquier información de este formulario a la compañía de seguro del paciente mencionado anteriormente. *(No se aceptan sellos de firma)*

_____/_____/_____
 Firma del prescriptor (dispensar tal como está escrito) Fecha
 _____/_____/_____
 Firma del médico supervisor (donde sea necesario) Fecha

INFORMACIÓN NECESARIA PARA PUMA PATIENT LYNX

- Este Formulario de admisión puede utilizarse para solicitar los siguientes servicios que le ayudarán a determinar la cobertura de NERLYNX® (neratinib):
 - Verificación de los beneficios del seguro del paciente
 - Autorización previa/Apoyo para la apelación
- Proporcione toda la información demográfica y del seguro del paciente (incluya una copia de la tarjeta del seguro si es posible)
- Proporcione tanta información clínica como le sea posible. De este modo, Puma Patient Lynx puede ayudar con la autorización previa si es necesario
- Una vez determinada la cobertura, si el paciente no tiene seguro o tiene necesidades económicas, Puma Patient Lynx puede buscar opciones de financiación de seguros alternativos y remitir al paciente a la opción de asistencia financiera adecuada en función de sus cualificaciones:
 - Programa comercial de asistencia con copagos/coseguros
 - Fundaciones independientes para copagos
 - Programa de asistencia al paciente

AUTORIZACIÓN HIPAA DEL PACIENTE PARA RECIBIR LOS SERVICIOS DE PUMA PATIENT LYNX

Por la presente, autorizo a mis proveedores de atención médica, mi compañía de seguro médico y mi farmacia a revelar mi información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés), lo que incluye, entre otros, mi nombre, dirección, número de teléfono, registros médicos, cobertura de seguro médico e información financiera, a Puma Biotechnology y las compañías que trabajan con Puma Biotechnology (colectivamente "Puma Biotechnology") y sus agentes con los siguientes fines:

- Comunicarse conmigo o la persona legalmente autorizada para firmar en mi nombre, por teléfono o correo postal para proveer los servicios listados a continuación
- Comunicarse con mi compañía de seguro en mi nombre para verificar mi cobertura de NERLYNX® (neratinib)
- Determinar mi elegibilidad e inscribirme en el programa comercial de asistencia para copagos/coseguros
- Determinar mi elegibilidad e inscribirme en el programa de asistencia al paciente (PAP), lo que incluye la verificación de mi información financiera y el acceso a mi información crediticia obtenida de fuentes públicas u otras, incluyendo la información de la agencia de informe del consumidor (buró de crédito)
- Remitirme a una fundación externa para obtener asistencia o fuentes alternativas de financiación o cobertura que puedan estar disponibles para brindar asistencia con los gastos de bolsillo
- Coordinar mi tratamiento con mi proveedor de atención médica y farmacia especializada
- Enviarme materiales educativos u otra información del programa que pueda interesarme

Entiendo que Puma Biotechnology puede ofrecer un programa de apoyo al paciente personalizado continuo. El programa de apoyo podría incluir que un miembro del personal de enfermería se comunique conmigo por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto para brindar apoyo personalizado continuo durante un tiempo.

Entiendo que la información que yo, mi proveedor de atención médica, mi compañía de seguros o mi farmacia proporcionemos se podrá usar para fines de marketing. Entiendo que mi farmacia y mi seguro de salud pudieran recibir una remuneración (pago) por parte

AUTORIZACIÓN HIPAA DEL PACIENTE PARA RECIBIR LOS SERVICIOS DE PUMA PATIENT LYNX (CONTINUACIÓN)

de Puma Biotechnology a cambio de revelar mi información personal a Puma Biotechnology y/o por proveerme con servicios de apoyo por los propósitos descritos anteriormente. Una vez que mi información de salud haya sido divulgada a Puma Biotechnology, entiendo que es posible que las leyes federales de privacidad ya no protejan la información. Sin embargo, entiendo que Puma Biotechnology acepta proteger mi información de salud al usarla y divulgarla únicamente para los fines autorizados en esta autorización o según lo exija la ley. Entiendo que si firmo o no esta autorización no afecta el tratamiento de mi proveedor de atención médica o cobertura para NERLYNX® (neratinib) a través de mi seguro. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Sin embargo, si me niego a firmar o cancelar mi autorización, es posible que Puma Biotechnology no pueda determinar mi elegibilidad para el programa comercial de asistencia para copagos/coseguros, para el programa de asistencia al paciente (PAP) o para proveer otros servicios de apoyo.

Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Para ello, debo enviar una carta a Puma Patient Lynx a: Puma Patient Lynx, PO Box 5490, Louisville, KY 40255.

Esta autorización vence diez [10] años después del día en que la firme, tal como lo indica la fecha junto a mi firma, a menos que se cancele de otro modo según se indica anteriormente o que las leyes del estado donde resido exijan un período más breve. Entiendo que la cancelación de esta autorización no entrará en vigencia si alguna persona o entidad ya haya actuado en virtud de mi autorización. Entiendo y he leído esta autorización. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia firmada de este formulario y que puedo hacerlo si llamo a Puma Patient Lynx al 855-816-5421 o lo solicito por correo postal a la dirección antes mencionada.

He leído y acepto la autorización en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) del paciente.

Nombre del paciente o del representante del paciente

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha (MM/DD/AAAA)

Relación con el paciente

La receta de inicio rápido NERLYNX proporciona un suministro de 21 días de tratamiento de NERLYNX® (neratinib) sin costo alguno para los pacientes elegibles que presenten un retraso en la obtención de cobertura para NERLYNX® (neratinib) a través de su seguro médico. Si una brecha en la cobertura se extiende más allá de los primeros 21 días y el paciente/proveedor está solicitando activamente la cobertura a través de una autorización previa/apelación, el paciente podría ser elegible para una reposición para 21 días. El programa no se podrá combinar con otra oferta y no es elegible para pacientes sin seguro o cuya compañía de seguro ha realizado una determinación de cobertura final. Los pacientes deben residir en los EE.UU. o sus territorios.

Las marcas comerciales mencionadas en el presente documento pertenecen a sus respectivos propietarios.

