

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

1 PREFERENCIA DE ENTREGA/FARMACIA DE ESPECIALIDAD DE NERLYNX® (NERATINIB)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> AcariaHealth™ | <input type="checkbox"/> CVS Caremark
Specialty Pharmacy | <input type="checkbox"/> Onco360® |
| <input type="checkbox"/> Accredo® Health Group, Inc. | <input type="checkbox"/> Diplomat Specialty Pharmacy | <input type="checkbox"/> Oncology Office
Pharmacy |
| <input type="checkbox"/> Biologics, Inc. | | |

Marque si el medicamento recetado ya se ha enviado a la farmacia de especialidad seleccionada anteriormente.

2 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre (nombre y apellido) _____ Dirección de correo electrónico _____
 Dirección _____ FDN (MM/DD/AAAA) _____
 Ciudad _____ Número de teléfono particular _____
 Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono alternativo _____
 Sexo Masculino Femenino Laboral Celular

Se requiere de la firma del paciente para la autorización en virtud de la HIPAA en la página 3 de este formulario.

3 INFORMACIÓN DEL 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/PBM principal _____
 Teléfono del seguro/PBM _____
 Nombre del titular de la tarjeta _____
 N.º de póliza _____ N.º de grupo _____
 Rx BIN _____ PCN _____

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

El paciente no tiene seguro

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 y cáncer de mama
- HER2 positivo en etapa inicial (adyuvante extendido)
 ¿El paciente ha recibido tratamiento previo con trastuzumab? Sí No
- Cáncer de mama metastásico (avanzado)
 ¿El paciente también está iniciando el tratamiento con capecitabina? Sí No

Otro (proporcionar ICD10): _____

Diagnóstico secundario - IICD10: _____

Otros tratamientos/fechas anteriores: _____

Alergias a medicamentos: _____ Sin alergias conocidas

5 INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR

Nombre del médico _____ N.º de NPI _____ N.º de id. fiscal _____
 Dirección _____ Ciudad/estado/código postal _____
 Nombre del contacto del consultorio _____ Nombre del establecimiento _____
 Número de teléfono y extensión _____ Número de fax _____
 Método de contacto preferido: Teléfono Correo electrónico Fax Dirección de correo electrónico _____

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

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

Nombre del paciente _____ FDN (MM/DD/AAAA) _____
 Dirección _____
 Receta estándar: Marcar si se trata de una receta electrónica
completar a continuación
 Nombre del producto NERLYNX® (neratinib) 40 mg comprimidos
 Indicaciones _____
 Cantidad 180
 Número de reposiciones _____ Dosis inicial: 240 mg Otro: _____
 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 3 para obtener más información.**

Receta de inicio rápido:** Marcar si se trata de una receta electrónica
completar a continuación
 Nombre del producto NERLYNX® (neratinib) 40 mg comprimidos
 Indicaciones _____
 Cantidad 126 Número de reposiciones _____ (MÁX. 1)
 Instrucciones adicionales/diferentes: _____

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 los 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 se puede usar para solicitar los siguientes servicios de asistencia con la determinación de cobertura de NERLYNX® (neratinib):
 - Verificación de los beneficios del seguro del paciente
 - Autorización previa/apoyo para 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 sea posible; al hacerlo, Puma Patient Lynx puede brindar asistencia con la autorización previa, si se requiere
- Una vez que se haya determinado la cobertura, si su paciente no cuenta con seguro o tiene necesidades financieras, Puma Patient Lynx puede investigar sobre opciones de financiación del seguro alternativas y remitir al paciente a la opción de asistencia financiera correcta con base en las cualificaciones:
 - Programa comercial de asistencia con copagos/coseguros
 - Fundaciones independientes para copagos
 - Programa de asistencia al paciente

AUTORIZACIÓN EN VIRTUD DE LA 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 (protected health information, PHI), 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.
- Autorizo que en las llamadas/los mensajes de texto se pueda mencionar el nombre de los productos o servicios de Puma, datos sobre mi cobertura de seguro y el nombre de mi médico. Entiendo que no tengo obligación de proporcionar mi consentimiento para que se comuniquen conmigo por teléfono o mensaje de texto como condición de la compra de productos Puma o la inscripción. Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. Entiendo que puedo optar por dejar de recibir estas comunicaciones en cualquier momento; para ello, debo llamar a Puma Patient Lynx.
- 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 con copagos/coseguros.
- Determinar mi elegibilidad e inscribirme en el programa de asistencia al paciente (PAP), lo que incluye la verificación de mi información financiera.
- 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 de especialidad.
- 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 o mi compañía de seguros proporcionemos se podrá usar para fines de marketing.

Una vez que mi información médica se haya revelado a Puma Biotechnology, entiendo que es posible que las leyes de privacidad federales ya no protejan la información. No obstante, entiendo que Puma Biotechnology y otras compañías autorizadas a recibir mi información médica en virtud de esta autorización aceptan proteger mi información médica al usarla y revelarla únicamente para los fines autorizados en esta autorización o según lo exijan las leyes o reglamentaciones. Entiendo que esta autorización no afecta el tratamiento por parte de mi proveedor de atención médica ni la cobertura de NERLYNX® (neratinib) a través de mi seguro.

Entiendo que esta autorización es voluntaria. Sin embargo, si me niego a firmar o cancelo mi autorización, es posible que Puma Biotechnology no pueda determinar mi elegibilidad para el programa comercial de asistencia con copagos/coseguros o para el programa de asistencia al paciente (PAP).

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 residio exijan un período más breve. Entiendo que la cancelación de esta autorización no entrará en vigencia si alguna persona o entidad ya ha actuado de conformidad con 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. Entiendo que mi farmacia, mis compañías de seguro médico y los proveedores externos pueden recibir una remuneración (pago) de Puma Biotechnology a cambio de revelar mi información personal a Puma Biotechnology y/o por brindarme servicios de apoyo para los fines antes descritos.

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

Si solicito asistencia del PAP, certifico que no tengo seguro o que no cuento con cobertura para NERLYNX® (neratinib) y no soy elegible para ningún otro programa de seguro médico público. No solicitaré el reembolso de ningún medicamento dispensado a través del programa. Acepto permitir que Puma Biotechnology use mi información demográfica, lo que incluye, entre otras cosas, mi número de seguro social, fecha de nacimiento, nombre y/o dirección según sea necesario para acceder a mi información de crédito y a la información derivada de fuentes públicas y de otro tipo, lo que incluye información de una agencia de informes del consumidor (agencia de crédito), a fin de estimar mis ingresos en conjunto con el proceso de determinación de la elegibilidad realizado para determinar mi elegibilidad según el PAP. Puma Biotechnology se reserva el derecho de solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento. Acepto notificar a mi médico si tomo conocimiento en el futuro acerca de cambios que puedan afectar mi elegibilidad, incluidos, entre otros, cambios en el estado o la cobertura del seguro médico, situación financiera y mi estado como residente de los Estados Unidos.

Nombre del paciente o del representante del paciente, en letra de imprenta

Firma del paciente o del representante del paciente

Fecha (MM/DD/AAAA)

Relación con el paciente

Número de seguro social del paciente

La receta de inicio rápido para NERLYNX proporciona un suministro de tratamiento para 21 días de NERLYNX® (neratinib) sin cargo 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 en sus territorios.

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

