

NuvationConnect™ Formulario de inscripción

Envíe el formulario completo por fax al 1-877-NUV-CON4, o complete el formulario de inscripción en línea en NuvationConnect.com.

Complete las secciones requeridas del formulario de inscripción para cada tipo de apoyo solicitado para el paciente. Estos requisitos se aplican únicamente al apoyo a través de NuvationConnect™ y no pretenden limitar ninguna actividad de tratamiento, pago o beneficio con su farmacia u otros proveedores de atención de la salud.

1 Opciones de NuvationConnect (Marque las que le interesen. Todos los programas y apoyo están sujetos a restricciones y requisitos de elegibilidad).

VERIFICACIÓN DEL SEGURO

Investigación de beneficios, autorización previa, asistencia con apelaciones

Complete las secciones
2 4 5 6 9 10

ASISTENCIA FINANCIERA

Programa de Asistencia al Paciente (PAP)

Complete las secciones 2 4 5 6 8 9 10 11

Programa de ayuda con los copagos

Complete las secciones 2 4 5 6 9 10

SUMINISTRO TEMPORAL

Programa de inicio rápido

Complete las secciones 2 4 5 6 8 9 10

Programa puente

Complete las secciones 2 4 5 6 8 9 10

2 Información del paciente

Nombre del paciente (nombre, apellido): _____

Teléfono de casa: _____

Fecha de nacimiento: / / _____

Teléfono celular: _____

Género: Hombre Mujer Otro

Correo electrónico: _____

Dirección postal: _____

CONTACTO PREFERENTE: Casa Celular
 Correo electrónico

Ciudad/Estado: _____

Código postal: _____

LA MEJOR HORA PARA CONTACTARLO: _____

Residente de los EE. UU.: _____

Consentimiento para dejar mensajes de voz en el número de contacto principal o alternativo: Sí No

Sí No

Consentimiento para recibir mensajes de texto: Sí (se requiere teléfono celular) No

3 Información de contacto/cuidador alternativo (Opcional)

Nombre y apellido: _____

CONTACTO PRINCIPAL: Cuidador Paciente

Teléfono: _____

LA MEJOR HORA PARA CONTACTARLO: _____

4 Información del seguro (Si es posible, incluya copias de ambos lados de las tarjetas del seguro del paciente)

EL PACIENTE ESTÁ ASEGURADO POR: (marque todo lo que corresponda)

Seguro comercial/privado

Medicare Advantage

Programa estatal de ayuda para medicamentos

Medicare Parte D (Medicamentos recetados)

Medicaid

Ninguno

Otros: _____

SEGURO PRINCIPAL

Seguro: _____

SEGURO DE MEDICAMENTOS RECETADOS

Seguro: _____

Teléfono del seguro: _____

Teléfono del seguro: _____

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Id. de miembro: _____

Id. de miembro: _____

Grupo n.º: _____

N.º BIN para medicamentos recetados: _____

N.º PCN para medicamentos recetados: _____

N.º GRP para medicamentos recetados: _____

Nombre del paciente (nombre, apellido): _____ Fecha de nacimiento: / /

5 Información del profesional de atención de la salud/del centro

Nombre del médico que receta (nombre, apellido): _____	Nombre del centro: _____
Dirección postal: _____	Nombre de contacto del consultorio: _____
Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____	Correo electrónico de contacto del consultorio: _____
N.ºNPI: _____	Teléfono del consultorio: _____
N.ºDEA: _____ N.o de identificación fiscal: _____	Fax del consultorio: _____

6 Información clínica

Código ICD-10 principal: _____
Código ICD-10 secundario: _____

TRATAMIENTO PREVIO:

Quimioterapia Quimioterapia con inmunooncología (IO)/inmunoterapia
 Inmunooncología (IO)/Inmunoterapia TKI para ROS-1: _____

ESTADO DE LOS BIOMARCADORES/RESULTADOS DE LOS ANÁLISIS: (marque todo lo que corresponda)

ROS-1 Positivo G2032R-Positivo
Fecha de los análisis de biomarcadores más recientes: / /

LÍNEA DE TERAPIA PARA IBTROZI™ (taletrectinib):

Primera línea Segunda línea Tercera línea

7 Farmacia especializada (Seleccione una)

Biologics by McKesson Lugar de administración en el consultorio: _____
 Onco360 Sin preferencia

A menos que el paciente solicite lo contrario o que el proveedor de seguros exija el uso de una farmacia específica, la receta se enviará a la farmacia autorizada que ofrezca el menor costo compartido en virtud del plan de seguro del paciente.

8 Receta de IBTROZI (Se aplican restricciones y criterios de elegibilidad)

IBTROZI Rx:

IBTROZI 200 mg en cápsulas; 3 cápsulas una vez al día (suministro para 30 días).
Cantidad: _____
Resurtidos: _____

PROGRAMA DE INICIO RÁPIDO (nuevo en la terapia):

IBTROZI 200 mg en cápsulas; 3 cápsulas una vez al día (suministro para 10 días).
Cantidad: _____
Resurtidos: _____

PROGRAMA BRIDGE (terapia actual):

IBTROZI 200 mg en cápsulas; 3 cápsulas una vez al día (suministro para 30 días).
Cantidad: _____

Instrucciones adicionales: _____

ENVIAR LA RECETA A: Paciente HCP Dirección de envío: _____

FIRMA AQUÍ

Firma del médico que receta: _____ Fecha: / /

Dispensar según lo escrito

Nombre del paciente (nombre, apellido): _____

Fecha de nacimiento: / / _____

9 Certificación del profesional de atención de la salud

Al firmar a continuación, declaro, acuerdo y certifico lo siguiente:

(1) que la terapia (o el medicamento) arriba mencionada es médicamente necesaria para este paciente y que yo, como médico que receta, he tomado la decisión de recetar IBTROZI™ (taletrectinib) (el "Producto"); (2) que he obtenido el consentimiento por escrito del paciente (o del representante legal del paciente) según lo requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y otras leyes estatales o federales para divulgar toda la información médica personal (PHI) del paciente necesaria para este formulario y otra PHI que se le pueda requerir a cualquier Nuvation, NuvationConnect™, la farmacia dispensadora contratada u otros contratistas para (a) realizar una verificación preliminar de la cobertura de seguro del paciente para el Producto y (b) evaluar la elegibilidad del paciente para participar en el Programa NuvationConnect; (3) que entiendo que cualquier Producto proporcionado sin cargo al paciente se proporciona de carácter gratuito. No presentaré ni haré que se presente ningún reclamo de pago o reembolso por dicho Producto a ningún tercero pagador, incluido, entre otros, un programa federal de asistencia de atención de la salud. Que si estoy o llego a estar en posesión de dicho Producto, no revenderé ni intentaré revender el Producto; (4) que no he recibido, ni buscaré o aceptaré el pago de parte de mi paciente por ningún monto de coaseguro pagada por el Programa de ayuda con los copagos de Producto por un producto de Nuvation Bio; (5) que entiendo que si el seguro o el estado financiero de mi paciente cambia, el paciente puede dejar de ser elegible en virtud de este programa. Notificaré a NuvationConnect si tengo conocimiento de tales cambios; (6) que entiendo que no tengo ninguna obligación de recetar ningún medicamento de Nuvation Bio, y que no he recibido ni recibiré ningún beneficio de Nuvation Bio por recetar un medicamento de Nuvation Bio; (7) que la información contenida en este formulario es completa y exacta a mi leal saber y entender; (8) que estoy de acuerdo en cumplir con las directrices de NuvationConnect y entiendo que Nuvation Bio, a su sola y absoluta discreción, se reserva el derecho de modificar o interrumpir los programas de apoyo al paciente, incluidos los programas proporcionados a través de NuvationConnect, en cualquier momento; y (9) que notificaré a NuvationConnect de cualquier error en relación con lo anterior, y haré todo lo posible para corregir esos errores.

El médico que recetar deberá cumplir los requisitos estatales aplicables en materia de recetas, como la receta electrónica, los formularios de receta específicos del estado, el lenguaje de los faxes, etc. El incumplimiento de los requisitos de receta estatales aplicables podría dar lugar a comunicaciones adicionales de NuvationConnect u otros contratistas al médico que receta.

Nombre del HCP (en letra de imprenta): _____

Nombre del agente designado (en letra de imprenta): _____

Título: _____

FIRMA AQUÍ

Firma del HCP (sin sellos, por favor): _____

Fecha: / / _____

Firma del agente designado (sin sellos, por favor): _____

Fecha: / / _____

Nombre del paciente (nombre, apellido): _____

Fecha de nacimiento: / /

10 Autorización del paciente

Por la presente autorizo a mis profesionales de atención de la salud, a mi compañía de seguros médicos y a mi farmacia a divulgar mi información médica protegida (PHI), incluidos, entre otros, mi nombre, dirección, número de teléfono, registros médicos, cobertura de seguro médico e información financiera con respecto a mi tratamiento, mi elegibilidad para recibir asistencia, la coordinación de mi tratamiento y la recepción de mi medicación (conjuntamente, mi "Información") a NuvationConnect™ y a cualquier tercero contratado para ayudar a Nuvation a administrar NuvationConnect para los fines descritos a continuación. Entiendo que una vez que mi información haya sido divulgada a NuvationConnect, podría ser objeto de nueva divulgación y que las leyes federales de privacidad pueden dejar de proteger la información. Autorizo la divulgación y el uso de mi información para los fines de: (1) verificar, investigar, coordinar y resolver la cobertura del seguro o el reembolso, o consultas de pago, incluida la comunicación con mis proveedores de atención de la salud y compañía de seguros para verificar mi cobertura o mi atención médica; (2) determinar mi elegibilidad para IBTROZI™ (taletrectinib) (el "Producto") y el apoyo a través de NuvationConnect; (3) inscribirme y proporcionarme apoyo a través de NuvationConnect, incluida la facilitación del suministro del Producto para mí; (4) proporcionarme información sobre cualquier programa independiente de asistencia al paciente, organizaciones de defensa del paciente u otras fuentes alternativas de financiación, cobertura o apoyo que puedan estar disponibles para proporcionar asistencia, incluidos los gastos de bolsillo; (5) coordinar mi tratamiento con mis profesionales de atención de la salud y farmacia especializada; (6) proporcionarme información o materiales relacionados con NuvationConnect o el Producto, incluidos materiales educativos o promocionales; (7) ponerse en contacto conmigo por teléfono, mensaje de texto, correo electrónico o correo postal en relación con este formulario o mi uso o posible uso del Producto; (8) administrar, evaluar y mejorar NuvationConnect, la eficacia del Producto, los servicios y programas, y ayudar a desarrollar nuevos productos, servicios y programas, y para otros fines comerciales y administrativos generales de Nuvation. Entiendo que si me niego a firmar esta autorización, ello no afectará al tratamiento que me dispensen mis profesionales de atención de la salud, ni a mi pago, inscripción o derecho a recibir beneficios de mi plan de salud. No obstante, si me niego a firmar esta autorización, o si la firmo y la retiro posteriormente, ello puede afectar a mi capacidad para participar en NuvationConnect. Si no retiro la autorización, esta seguirá siendo válida durante 5 años (o en el plazo inferior que exija la legislación estatal). Puedo retirar esta Autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a NuvationConnect a 13410 Eastpoint Centre Drive, Suite 150, Louisville, KY 40223. Retirar mi autorización impedirá que se sigan utilizando o divulgando mis datos, salvo en los casos permitidos por la ley o ya divulgados. Tengo derecho a una copia de esta Autorización firmada, que caduca a los 5 años de su firma, salvo que sea revocada antes o la ley disponga lo contrario.

Al firmar como representante o tutor del paciente, confirmo que estoy legalmente autorizado para hacerlo. Puede solicitarse una prueba de esta facultad, como un poder notarial o una orden judicial.

Nombre del paciente O representante legal (en letra de imprenta): _____

FIRMA AQUÍ

Firma del paciente O representante legal: _____

Fecha: / /

11 Consentimiento financiero del paciente (solo necesario si se solicita el Programa de Asistencia al Paciente)

Ingresos familiares brutos anuales: _____

Cantidad de miembros de la unidad familiar que dependen de los ingresos (incluya al solicitante): _____

Entiendo que completar este formulario no asegura mi inscripción en el Programa de Asistencia al Paciente ("PAP") y que se aplican ciertos criterios de elegibilidad. Al firmar a continuación, certifico que la información facilitada es completa y exacta. Autorizo a Nuvation Bio y a cualquier tercero contratado para administrar el PAP a obtener documentación mía, de mi empleador o de mi compañía de seguros para verificar mi información financiera o de seguro. Entiendo que Nuvation Bio también puede hacer una determinación independiente de mi necesidad financiera. Entiendo que si cumplo los requisitos para participar en el PAP, no hay ningún requisito de compra asociado a dicha asistencia. No presentaré ni haré que se presente ningún reclamo de pago o reembolso por ningún suministro gratuito de Producto suministrado en virtud del PAP. Nuvation se reserva el derecho, en cualquier momento y sin previo aviso, de modificar o interrumpir NuvationConnect y cualquier asistencia que se me preste. Entiendo que debo volver a solicitar el PAP anualmente y que no hay garantía de que sea elegible en este momento o en periodos futuros. Entiendo que los pacientes con planes de seguro o empleadores que participan en un programa de financiación alternativo (también conocido a veces como programas de defensa del paciente, entre otros nombres) que les exigen solicitar un programa de asistencia al paciente de un fabricante o de otro modo buscar cobertura de receta de medicamentos especializados a través de un proveedor de financiación alternativo como condición, requisito o prerrequisito de cobertura de productos de Nuvation Bio relevantes o que deniegue, restrinja, elimine, retrase, altere o retenga de cualquier otro modo cualquier beneficio o cobertura de seguro supeditada a la solicitud o denegación de elegibilidad para la cobertura de receta de medicamentos especializados a través del programa de financiación alternativa no son elegibles para el programa PAP NuvationConnect. Entiendo que mi(s) compañía(s) de seguro(s) de salud y mi(s) proveedor(es) farmacéutico(s) pueden recibir remuneración por el uso o la divulgación de mi Información, según lo autorizado anteriormente, y que una vez que mi Información haya sido divulgada a Nuvation Bio, es posible que mi Información ya no esté protegida por la ley HIPAA u otras leyes de privacidad federales y estatales. También entiendo, sin embargo, que Nuvation Bio planea utilizar y divulgar mi información solo para los fines descritos anteriormente o según lo requerido por la ley.

Nombre del paciente O representante legal (en letra de imprenta): _____

FIRMA AQUÍ

Firma del paciente O representante legal: _____

Fecha: / /