

NuvationConnect™ **Formulario de solicitud de prueba gratuita**

Envíelo utilizando el formulario en línea o descargue y envíe el formulario completo por fax al 1-877-NUV-CON4 (1-877-688-2664).

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 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.:

☐ Sí ☐ No

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

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

2 Información de contacto/cuidador alternativo (Opcional)

Nombre y apellido:

CONTACTO PRINCIPAL: ☐ Cuidador ☐ Paciente

Teléfono:

LA MEJOR HORA PARA CONTACTARLO:

3 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:

4 Información clínica

Código ICD-10 principal:

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

☐ ROS-1 Positivo ☐ G2032R-Positivo

Código ICD-10 secundario:

Fecha de los análisis de biomarcadores más recientes: / /

TRATAMIENTO PREVIO:

☐ Quimioterapia ☐ Quimioterapia con inmunooncología (IO)/inmunoterapia

LÍNEA DE TERAPIA PARA IBTROZI™ (taletrectinib):

☐ Inmunooncología (IO)/Inmunoterapia ☐ TKI para ROS-1:

☐ Primera línea ☐ Segunda línea ☐ Tercera línea

Nombre del paciente (nombre, apellido): _____

Fecha de nacimiento: / /

5 Receta de IBTROZI™ (taletrectinib) (Se aplican restricciones y criterios de elegibilidad)

DOSIFICACIÓN:

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

CANTIDAD Y RESURTIDOS:

Cantidad: 90 cápsulas
Resurtidos: 0 resurtidos

INSTRUCCIONES ADICIONALES:

ENVIAR LA RECETA A: ☐ Paciente ☐ HCP

Dirección de envío: _____

FIRMA AQUÍ

Firma del médico que receta: _____

Fecha: / /

Dispensar según lo escrito

6 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 (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 sin cargo. 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: / /

7 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: / /

8 Términos y condiciones de la oferta de prueba gratuita

Se ofrece una Prueba gratuita de IBTROZI a todos los pacientes elegibles que 1) tengan 18 años o más; 2) residan en los Estados Unidos o sus territorios; 3) estén inscritos en NuvationConnect; y 4) sean nuevos respecto de IBTROZI; y 5) tengan una receta válida para una indicación aprobada por la FDA. Los pacientes elegibles pueden recibir un suministro gratuito de IBTROZI para 30 días. Esta prueba gratuita está limitada a una por paciente y no es transferible. Esta oferta de prueba gratuita no puede transferirse, venderse, comprarse, intercambiarse ni falsificarse. Debe presentarse a NuvationConnect un formulario de solicitud de prueba gratuita completado y una receta válida. Esta oferta de prueba gratuita solo es aceptada por la farmacia no comercial de NuvationConnect. Los farmacéuticos, pacientes o médicos que recetan no deben presentar ninguna solicitud de reembolso por IBTROZI dispensado en virtud de esta prueba gratuita a ningún tercero pagador, incluidos Medicare, Medicaid o cualquier otro programa de asistencia de atención de la salud federal o estatal. El paciente no puede aplicar el valor del producto gratuito recibido a través de esta prueba gratuita a ningún cálculo de gastos de bolsillo de beneficios de seguros gubernamentales, como los gastos de bolsillo reales (TrOOP) de la Parte D de Medicare. El producto no puede revenderse. El paciente será responsable de cualquier costo compartido si el uso del producto continúa más allá del periodo de prueba gratuita. Esta oferta de prueba gratuita no está condicionada a ninguna compra pasada, presente o futura, incluidos los resurtidos. Esta prueba gratuita no es válida donde esté prohibida por la ley. Esta prueba gratuita no puede combinarse con ningún otro ahorro, suministro gratuito u oferta similar para la receta especificada. Esta oferta de prueba gratuita no constituye un seguro de atención de la salud. Esta oferta de prueba gratuita no puede utilizarse para hacer frente a retrasos o lagunas en la cobertura del seguro de salud. Oferta válida solo en los Estados Unidos y Puerto Rico. No es necesario realizar ninguna compra. Los pacientes no tienen obligación de seguir utilizando IBTROZI. Nuvation Bio se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar esta oferta sin previo aviso. Esta oferta de prueba gratuita expira el 12/31/2025.

Al firmar como representante o tutor del paciente, confirmo que estoy legalmente autorizado para hacerlo. Puede solicitarse una prueba de esta autoridad, 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: / /