

Comprimidos de TUKYSA® (tucatinib) Formulario de solicitud del proveedor de atención médica

Complete y envíe por fax al 855-557-2480 o por correo electrónico a
CaseManager@seagensecure.com

Este es uno de los dos formularios requeridos para inscribir a un paciente en Seagen Secure® a fin de evaluar los servicios para los que puede ser elegible. Para comenzar a brindar ayuda a este paciente, Seagen Secure también debe recibir un Formulario de autorización del paciente completado y firmado. Seagen Secure no garantiza que la presentación de estos formularios resulte en la asistencia, cobertura o reembolso del paciente.

En lo que respecta específicamente a la Autorización previa, marque todas las opciones que correspondan:

- Tengan en cuenta a mi paciente para una *Solicitud de Quick Start*.
(Quick Start es un producto gratis a corto plazo que puede estar disponible para pacientes elegibles que tienen una demora [de al menos 5 días] en la determinación de cobertura de TUKYSA de su seguro).
- El seguro de mi paciente requiere una Autorización previa y aún no he enviado la solicitud de Autorización previa para mi paciente.
- No sé si el seguro de mi paciente requiere Autorización previa.
-
- Autorización previa extendida por:
 Proveedor de atención médica Biologics Onco360

Información del médico/proveedor

NOMBRE DEL MÉDICO		NPI	
NOMBRE DEL GRUPO/HOSPITAL	NPI PARA EL GRUPO/HOSPITAL	N.º DE IDENTIFICACIÓN FISCAL	CADUCIDAD
DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DE CONTACTO DEL CONSULTORIO		TELÉFONO	EXTENSIÓN
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO		FAX	

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE
(MM/DD/AAAA)

Información del paciente

Hombre Mujer

NOMBRE DEL PACIENTE

SEXO

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

Tel. fijo Celular () -

NÚMERO DE CONTACTO PREFERIDO

CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE

TELÉFONO DEL REPRESENTANTE

NOMBRE DEL CUIDADOR

TELÉFONO

DIRECCIÓN DEL CUIDADOR

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

Información sobre el seguro de salud

También puede adjuntar copias de tarjetas del seguro

SELECCIONE UNA OPCIÓN: Seguro comercial/privado Medicare/Medicaid/TRICARE Sin seguro Otro

	Seguro de farmacia	Seguro médico
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		
NÚMERO DE PÓLIZA		
NÚMERO DE GRUPO		
NÚMERO DE TELÉFONO		
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		
FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		
NÚMERO BIN/PCN		

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE
(MM/DD/AAAA) _____

Información clínica

SELECCIONE UNA OPCIÓN: Mama Colorrectal Otro _____

DIAGNÓSTICO: **OBLIGATORIO**

ICD-10: **OBLIGATORIO**

¿TIENE EL PACIENTE ENFERMEDAD DE HER2+?

Sí No No se sabe

¿TIENE EL PACIENTE ENFERMEDAD DE RAS SIN MUTACIONES
(SOLO CÁNCER COLORRECTAL)?

Sí No No se sabe

¿EL PACIENTE TIENE METÁSTASIS EN EL CEREBRO?

Sí No No se sabe

FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO OBJETIVO: _____

TERAPIAS ANTERIORES DEL PACIENTE:

RELLENE LA SECCIÓN DE INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN CORRESPONDIENTE A CONTINUACIÓN. LOS MÉDICOS QUE PRESCRIBEN DEBEN CUMPLIR CON TODOS LOS REQUISITOS DE PRESCRIPCIÓN ESPECÍFICOS DEL ESTADO, INCLUIDOS LOS QUE RIGEN LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA.

Información de prescripción de Quick Start

FECHA:	NOMBRE DEL MEDICAMENTO:	CONCENTRACIÓN:	FORMULACIÓN:
INDICACIONES (p. ej., tome 2 comprimidos 2 veces por día con alimentos):		DÍAS DE SUMINISTRO: <i>15 días</i>	RESURTIDOS: <i>NC</i>

Programa de asistencia al paciente (PAP)/Comercial: información de prescripción

FECHA:	NOMBRE DEL MEDICAMENTO:	CONCENTRACIÓN:	FORMULACIÓN:
INDICACIONES (p. ej., tome 2 comprimidos 2 veces por día con alimentos):		DÍAS DE SUMINISTRO: <i>30 días</i>	RESURTIDOS:

ESTATURA: _____ PESO: _____

FARMACIA ACTUAL O PREFERIDA: Biologics Onco360 Proveedor de atención médica Sin preferencia

Se aceptará la selección si lo permite la cobertura de seguro del paciente.

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE
(MM/DD/AAAA)

Declaración del médico que prescribe

Al firmar a continuación, reconoce y testifica que: (1) usted es el profesional de atención médica que prescribió el tratamiento identificado en este formulario, (2) la información proporcionada en este formulario es verdadera y exacta a su leal saber y entender, (3) ha obtenido del paciente o, cuando corresponda, de su representante legal autorizado, el consentimiento para proporcionar la información anterior a Seagen Secure a fin de determinar la elegibilidad del paciente para participar en Seagen Secure, (4) ha obtenido autorización por escrito del paciente en la forma y el modo requeridos por las leyes estatales y federales aplicables para divulgar la Información del paciente en este formulario, (5) cualquier medicamento suministrado por Seagen como resultado de este formulario de inscripción es solo para el uso del paciente mencionado en este formulario y no se venderá, comercializará, transferirá, devolverá para crédito ni enviará a un tercero pagador para su reembolso, y (6) ha prescrito el medicamento mencionado anteriormente a este paciente basándose en su criterio clínico independiente de que este tratamiento es médicamente necesario y en beneficio del paciente.



FIRMA DEL MÉDICO QUE PRESCRIBE

FECHA DE LA FIRMA

El proveedor de atención médica y el paciente son totalmente responsables de todos los reclamos hechos a aseguradoras privadas o programas gubernamentales, incluida la exactitud de toda la información presentada. Todos los reclamos de productos de Seagen deben registrarse por los requisitos legales y contractuales. Hay muchos factores que influyen en el reembolso, y las políticas y prácticas de pagadores públicos y privados pueden cambiar sin aviso. Seagen se reserva el derecho de modificar o discontinuar el programa con o sin aviso, en cualquier momento.

Previo notificación razonable por escrito, y no más de una vez por cada año de cobertura, Seagen Inc. tendrá derecho a auditar y examinar todos los documentos, correspondencia y registros relacionados con los pacientes inscritos y los envíos de productos. A pedido, un representante debidamente autorizado por Seagen Inc. puede comunicarse con usted por teléfono o correo electrónico con un pedido de auditoría para todos o algunos de sus pacientes inscritos. Se requieren respuestas completas a una auditoría dentro de los 30 días de dicho pedido. El incumplimiento puede derivar en la posible discontinuación del programa para todos o algunos de sus pacientes.

Seagen Inc. y Seagen Secure utilizarán esta información del paciente únicamente a los fines de una investigación de beneficios y evaluación de asistencia al paciente. El programa no venderá, alquilará ni de otro modo distribuirá ninguna información del paciente fuera de Seagen Inc. o sus agentes.

Tengo conocimiento de que la declaración de privacidad de Seagen, disponible en www.seagen.com/privacy, describe sus prácticas de privacidad, que incluyen cómo puedo ejercer determinados derechos en relación con mis datos.

