

Complete todas las secciones y envíe el formulario por fax a:

1-833-FXrigel (833-397-4435) o 650-449-8682.

Para más información, llame al 1-833-rigelOC (833-744-3562) o al 650-449-8646

De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, o visite www.TAVALISSE.com.

ACCESS. SUPPORT. CARE.

PROGRAMAS RIGEL ONECARE*

Enfermero defensor

- Identificará los recursos de apoyo aplicables para los pacientes que toman TAVALISSE
- Proporcionará a los pacientes que toman TAVALISSE llamadas personalizadas de formación sobre el cumplimiento terapéutico y el producto, con la frecuencia que el paciente desee
- Ayudará con las necesidades de acceso a TAVALISSE, como investigaciones sobre aspectos relacionados con beneficios, autorizaciones previas y procesos de apelación, si es necesario
- Trabaja exclusivamente con TAVALISSE

Programa de asistencia al paciente (PAP)

- ≥500 % del nivel federal de pobreza
- Solo indicaciones aprobadas
- Cualquier paciente, de 18 años o más, es elegible si se cumplen los criterios

*Todos los programas de RIGEL ONECARE están sujetos a requisitos y cambios de elegibilidad. Los criterios anteriores no representan todos los criterios de cada programa. Debe ser residente de los Estados Unidos o de un territorio estadounidense. Se aplican restricciones.

Asistencia de copago o coseguro

- Copago de tan solo \$15 al mes
- Sin requisito de presentar los ingresos del paciente
- Beneficio anual de \$25,000
- Debe tener un seguro comercial (No Medicaid, Medicare, ni otros programas gubernamentales)

Suministro gratuito de medicamentos

- Para los retrasos en la cobertura del seguro superiores a 5 días hábiles
- Hasta 60 días de suministro y/o si se determina la cobertura del seguro
- Solo indicaciones aprobadas
- Cualquier paciente, de 18 años o más, es elegible si se cumplen los criterios

Instrucciones para los proveedores de atención médica:

1. Complete las secciones de 1 a 4
2. Obtenga la firma apropiada del paciente en la sección 7
3. Complete las secciones 8 y 9, si es necesario

Qué esperar a continuación:

1. Una vez recibida esta solicitud, RIGEL ONECARE trabajará directamente con su paciente para obtener el resto de la información y documentación necesaria para ver si su paciente cumple los requisitos para nuestros programas.
2. RIGEL ONECARE le notificará a usted/a su paciente directamente con respecto a la elegibilidad tan pronto como sea posible.
3. RIGEL ONECARE coordinará la entrega para el paciente si/cuando el paciente sea aprobado.

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento _____

Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐ Otro ☐

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Celular _____ Correo electrónico _____

Nombre del seguro principal _____ Teléfono del seguro _____

N.º de ID _____ N.º de grupo _____ Relación con el titular de la póliza _____

Nombre del seguro secundario _____ N.º de tel. del seguro _____

N.º de ID _____ N.º de grupo _____ Relación con el titular de la póliza _____

Nombre de la compañía aseguradora de prestaciones farmacéuticas _____ N.º BIN _____ N.º PCN _____

Idioma preferido del paciente _____

2. INFORMACIÓN CLÍNICA

Recuento de plaquetas _____ / _____ Tratamiento más reciente _____

Valor (K/μl) _____ Fecha (mm/dd/aaaa) _____

Código de diagnóstico principal: ☐ ICD10-D69.3 (ITP) ☐ ICD 9-287.31 (ITP) ☐ Otro _____

Seleccione los tratamientos previos a los que se ha sometido el paciente para la trombocitopenia inmunitaria crónica:

☐ Corticoesteroides ☐ Esplenectomía ☐ Nplate (romiplostim) ☐ Cellcept

☐ Inmunoglobulina intravenosa (IGIV) ☐ Doptelet (avatrombopag) ☐ Rituxan (rituximab) ☐ Otro

☐ Inmunoglobulina Rho(D) ☐ Promacta (eltrombopag) ☐ Danazol

Enumere las alergias conocidas del paciente: _____

Complete todas las secciones y envíe el formulario por fax a:

1-833-FXrigel (833-397-4435) o 650-449-8682.

Para más información, llame al 1-833-rigelOC (833-744-3562) o al 650-449-8646

De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, o visite www.TAVALISSE.com.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento _____

3. INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA

Nombre _____ Apellido _____

N.º de NPI _____ N.º de Licencia estatal _____ N.º de DEA _____

Nombre del consultorio/institución _____

Dirección del consultorio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del consultorio _____ Fax del consultorio _____

Nombre del contacto del consultorio _____ Correo electrónico de contacto del consultorio _____

Línea directa de contacto del consultorio _____

Seleccione su método de contacto preferido: ☐ Teléfono ☐ Fax ☐ Correo electrónico

Farmacia preferida: Se utilizará la farmacia preferida cuando lo permita el pagador.

☐ Biologics, Inc. ☐ Optum Specialty Pharmacy ☐ US Bioservices

☐ Hem/Onc (Farmacia): Nombre _____ Teléfono _____ Fax _____

4. PRESCRIPCIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO QUE EMITE LA RECETA

Al firmar a continuación, yo, como médico tratante, declaro: (i) que esta receta es médicamente apropiada para este paciente y yo supervisaré el tratamiento de este paciente; (ii) que toda la información suministrada a Rigel o a sus agentes ("Rigel") en relación con este formulario de inscripción es exacta, y ha sido obtenida en virtud de una autorización separada y válida del paciente que permite a Rigel ponerse en contacto con este paciente para prestar servicios relacionados con (1) el tratamiento y (2) la verificación de beneficios y/o la autorización previa. Además, entiendo (a) que cualquier producto gratuito proporcionado es solo para el uso de este paciente y no debe ser vendido o transferido a nadie más, ni devuelto para su acreditación; (b) que el producto gratuito no puede ser contabilizado para los costos de bolsillo de la Parte D de Medicare, ni reclamado para el reembolso de cualquier tercero pagador (privado o gubernamental); (c) que no tengo ninguna obligación de recetar ningún medicamento de Rigel y no he recibido ni recibiré ningún beneficio de Rigel por recetar un medicamento de Rigel; y (d) que Rigel puede revisar, cambiar o terminar los programas en cualquier momento sin previo aviso. Autorizo a la Farmacia especializada (Specialty Pharmacy) a iniciar cualquier proceso de autorización de los planes de salud aplicables, si es necesario, incluido el envío de cualquier formulario necesario a dichos planes de salud, en la medida en que no esté prohibido.

Consulte la Información de prescripción completa en www.TAVALISSE.com para obtener información detallada sobre el producto y la posología.

Receta de TAVALISSE

De acuerdo a la receta: Tomar 1 (un) comprimido (100 mg) por vía oral dos veces al día

Cant. _____ Resurtidos _____

De acuerdo a la receta: Tomar 1 (un) comprimido (150 mg) por vía oral dos veces al día

Cant. _____ Resurtidos _____

Si esta sección no se ajusta a las leyes de prescripción de su estado, facilítenos una receta conforme.

Firma del médico que emite la receta (sin sello)

Dispensar según receta (DAW)

Fecha (mm/dd/aaaa)



Firma del médico que emite la receta (sin sello)

Sustitución permitida

Fecha (mm/dd/aaaa)

5. SIGUIENTES PASOS

¿Qué debería esperarse después de enviar el formulario de inscripción?

Una vez enviado el formulario de inscripción a RIGEL ONECARE, un enfermero defensor confirmará con su consultorio que el formulario se recibió para iniciar los servicios que usted solicitó en nombre de su(s) paciente(s).

Complete todas las secciones y envíe el formulario por fax a:

1-833-FXrigel (833-397-4435) o 650-449-8682.

Para más información, llame al 1-833-rigelOC (833-744-3562) o al 650-449-8646

De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, o visite www.TAVALISSE.com.

6. AVISO DE PRIVACIDAD Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE DE RIGEL

Rigel tiene programas disponibles para apoyar a los pacientes y utilizaremos la información proporcionada para ver para qué programa, basado en sus criterios, puede ser elegible usted. Lea atentamente lo siguiente y, a continuación, firme y feche.

INFORMACIÓN PERSONAL DE APOYO AL PACIENTE Autorizo a mis proveedores de atención médica (incluidos mi(s) médico(s) y su personal), mis farmacias, mi empleador y mi(s) aseguradora(s) médica(s) a divulgar mi información personal, que puede incluir cualquier información relacionada con el seguro de atención médica, los beneficios, los límites de cobertura, las apelaciones y los registros de salud relacionados con mi tratamiento u otra información relevante en el programa RIGEL ONECARE ("Información personal") a Rigel Pharmaceuticals, Inc, sus empresas afiliadas, contratistas y proveedores (en conjunto "Rigel") que Rigel considere necesarios para su uso en el programa RIGEL ONECARE ("Información personal"), a Rigel, sus empresas afiliadas, socios comerciales y proveedores (en conjunto "Rigel") para que Rigel pueda (i) ayudar a verificar o coordinar la cobertura del seguro u obtener de otro modo el pago de mi tratamiento con TAVALISSE, (ii) coordinar mi recepción de TAVALISSE, (iii) proporcionarme información sobre TAVALISSE, (iv) ponerse en contacto conmigo a lo largo del tratamiento para hablar de mi terapia y proporcionarme apoyo clínico, (v) llevar a cabo estudios de mercado, encuestas, garantía de calidad y otras actividades comerciales internas en relación con el programa RIGEL ONECARE, (vi) llamar, enviar correos electrónicos, mensajes de texto y materiales de Rigel a los números de teléfono y direcciones (físicas y de correo electrónico) proporcionados en el formulario de inscripción, y (vii) compartir dicha información con farmacias, mi(s) aseguradora(s), proveedor de atención médica (incluido mi(s) médico(s) y su personal) y otros terceros para los fines descritos anteriormente. Comprendo que las llamadas y los mensajes de texto a mi teléfono celular pueden estar sujetos a las tarifas estándar de mi operador de telefonía móvil. Comprendo y acepto que la información personal transmitida por correo electrónico y teléfono móvil no puede protegerse contra el acceso no autorizado. Si reúno los requisitos para el Programa de Apoyo al Paciente de Rigel, entiendo que cualquier ayuda proporcionada en el marco de este programa depende de mi capacidad para cumplir con los requisitos de elegibilidad para el programa según lo determinado por Rigel.

USO Aunque Rigel solo utilizará mis datos personales para los fines descritos anteriormente, entiendo que una vez que mis datos personales sean divulgados, podrán ser divulgados de nuevo por los destinatarios y dejarán de estar protegidos por la ley federal de privacidad. Entiendo que mis datos personales pueden ser utilizados por las farmacias para procesar mi receta. Entiendo que puedo negarme a dar mi autorización o en el futuro optar por no recibir componentes o servicios específicos de RIGEL ONECARE, y que mi negativa no afectará mi capacidad de recibir tratamiento de mis proveedores de atención médica. Autorizo a mi farmacia a recibir un pago de Rigel por la divulgación de mis datos personales a cambio de la prestación de los servicios asociados al programa o con fines de comercialización.

PLAZO, COPIA Y REVOCACIÓN Entiendo que esta autorización será válida durante (5) años a partir de esta fecha, a menos que la revoque antes. También entiendo que el programa RIGEL ONECARE puede cambiar o finalizar en cualquier momento sin notificación previa. También entiendo que puedo obtener una copia de mi Autorización firmada si la solicito y que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento llamando a Rigel al 1-833-rigelOC (833-744-3562) o al 650-449-8646 o escribiendo a RIGEL ONECARE, 4060 Wedgeway Ct, Earth City, MO 63045. También entiendo que cualquier revocación solo se aplicará a mi(s) proveedor(es) de atención médica, farmacias y aseguradora(s) de salud una vez que reciban la notificación de mi revocación.

7. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Mi firma a continuación certifica que he recibido, leído, entendido y aceptado el Aviso de Privacidad y la Autorización del Paciente para divulgar y utilizar mi información personal de salud. También doy fe de que yo (el paciente) tengo 18 años o más.

Nombre del paciente en letra de imprenta _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Nombre del representante personal en letra de imprenta _____ Relación con el paciente _____

Firma del representante personal* _____ Fecha _____

*Si no lo firma el paciente.

Complete todas las secciones y envíe el formulario por fax a:

1-833-FXrigel (833-397-4435) o 650-449-8682.

Para más información, llame al 1-833-rigelOC (833-744-3562) o al 650-449-8646

De lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, o visite www.TAVALISSE.com.

8. ASISTENCIA AL PACIENTE

Cantidad total de personas en su hogar (incluido usted): ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ +6

¿Es usted excombatiente de guerra ('veterano')? ☐ Sí ☐ No

Residente de EE. UU.: ☐ Sí ☐ No

Discapacitado: ☐ Sí ☐ No

Total de ingresos brutos mensuales del hogar \$ _____ N.º de seguro social _____ - _____ - _____

¿Tiene Medicare? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene Medicaid? ☐ Sí ☐ No

Certifico que no estoy asegurado (o que, a los efectos, carezco de seguro, por el rechazo del pagador) para TAVALISSE. Para poder obtener un producto gratuito, debo cumplir los criterios del programa. Entiendo que mis ingresos serán validados a través de Experian(R) basándose en la información que he proporcionado. Entiendo que RIGEL ONECARE podría pedirme una copia de mi formulario 1040 del Servicio de Impuestos Internos (IRS) u otra prueba de ingresos con el propósito de una auditoría. Me comprometo a proporcionar mi documentación financiera de manera oportuna, si así se solicita. RIGEL ONECARE se reserva el derecho de hacer una determinación independiente de mi necesidad financiera y médica.

RIGEL ONECARE se reserva el derecho, en cualquier momento y sin previo aviso, de modificar o interrumpir este programa y cualquier asistencia que se me proporcione. Declaro y certifico que soy un residente legal de los Estados Unidos (y territorios de los Estados Unidos) y verifico que la información proporcionada en este formulario de inscripción es actual, completa y precisa. Estoy de acuerdo en que yo, mi proveedor de atención médica, la institución de mi proveedor de atención médica o cualquier otra persona, no debemos buscar el pago o aceptar el reembolso de ningún tercero pagador, incluido cualquier programa federal de atención médica como Medicare o Medicaid, o cualquier plan de seguro privado o de otro tipo, o de ninguna otra persona o entidad por cualquier suministro gratuito de comprimidos de TAVALISSE suministrados en virtud de este programa, independientemente de si un pagador determina posteriormente que cubrirá el producto. Acepto ser responsable de notificar a RIGEL ONECARE si (i) obtengo cobertura a través de otra fuente estatal, o programa privado, (ii) dejo de cumplir los criterios de ingresos para el programa, o (iii) encuentro algún error en mi solicitud.

Cualquier cambio en la cobertura del seguro y/o en las circunstancias financieras mientras esté inscrito en el programa puede afectar a su capacidad para seguir recibiendo productos gratuitos a través del programa PAP. Debe volver a solicitar la elegibilidad del programa al final de cada año calendario. RIGEL ONECARE se pondrá en contacto con usted y con su proveedor de atención médica en ese momento para ayudarle en el proceso de reinscripción.

9. AUTORIZACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Mi firma a continuación certifica que he recibido, leído, comprendido y aceptado el Programa de Asistencia al Paciente.

Nombre del paciente en letra de imprenta _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Nombre del representante personal en letra de imprenta _____ Relación con el paciente _____

Firma del representante personal* _____ Fecha _____

*Si no lo firma el paciente.

Visite www.TAVALISSE.com para obtener información importante sobre la seguridad y la información de prescripción completa.