

Formulario de prescripción e inscripción de VEPPANU

Teléfono: 833-744-3562 Fax: 833-397-4435
Correo electrónico: support@RigelONECARE.com

OPCIONES DE APOYO DE RIGEL ONECARE:

Verificación del seguro

- ☐ Investigación de prestaciones, autorización previa asistencia para apelaciones

Asistencia financiera

- ☐ Programa de asistencia al paciente
☐ Asistencia con copago

Suministro temporal

- ☐ Programa de inicio rápido
☐ Programa puente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente* (nombre, inicial del segundo nombre, apellido): _____ Correo electrónico _____
Fecha de nacimiento* (dd/mm/aaaa): _____ Dirección* _____
Sexo* ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro Ciudad* _____ Estado* _____ Código postal* _____
Teléfono principal* _____ Nombre del contacto/cuidador alternativo _____
☐ Casa ☐ Móvil ☐ Trabajo Teléfono principal _____
Teléfono secundario _____ Correo electrónico _____
☐ Casa ☐ Móvil ☐ Trabajo

SEGURO DEL PACIENTE *Proporcione copias de la parte delantera y trasera de la tarjeta del seguro.*

Seguro médico principal

Nombre _____
N.º de teléfono _____
N.º de ID de póliza _____
N.º de grupo _____
Nombre del titular de la póliza _____
(si no es el paciente)
Fecha de nacimiento del titular de la póliza (dd/mm/aaaa) _____

Seguro de prescripción principal

Nombre _____
N.º de teléfono _____
N.º de ID de póliza _____
N.º de grupo de prescripción _____
médica _____
BIN de prescripción médica _____
PCN de prescripción _____

Seguro médico secundario

Nombre _____
N.º de teléfono _____
N.º de ID de póliza _____
N.º de grupo _____
Nombre del titular de la póliza _____
(si no es el paciente)
Fecha de nacimiento del titular de la póliza (dd/mm/aaaa) _____

INFORMACIÓN DE DIAGNÓSTICO

Código(s) de diagnóstico ICD-10-CM:* _____
Mutación de ESR1 positiva:* ☐ Sí ☐ No RE positivo/HER2 negativo:* ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN CLÍNICA

Marque todos los tratamientos previos que haya recibido la paciente para el cáncer de mama metastásico.

- ☐ Inhibidor de la aromatasa (p. ej., anastrozol, exemestano, letrozol) ☐ Orserdu (elacestrant) ☐ Evista (raloxifeno)
☐ Inhibidor de CDK4/6 (p. ej., abemaciclib, palbociclib, ribociclib) ☐ Faslodex (fulvestrant) ☐ Fareston (toremifeno)
☐ En investigación/otros: _____ ☐ Inluriyo (inlunestrant) ☐ Nolvadex/Soltamox (tamoxifeno)

FARMACIA ESPECIALIZADA

- ☐ Fármacos biológicos de McKesson ☐ Onco360 ☐ Centro de dispensación en la consulta

MÉDICO PRESCRIPTOR Y AUTORIZACIÓN DE RECETA

Nombre del médico prescriptor* _____ Apellidos del médico prescriptor* _____
N.º de NPI* _____ N.º de licencia estatal* _____ N.º de DEA _____
Nombre del lugar de consulta/ centro _____ Nombre del contacto de la oficina _____
Dirección de la oficina _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
N.º de teléfono de la oficina* _____ N.º de fax de la oficina _____ Correo electrónico de contacto de la oficina _____

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

Al firmar a continuación, yo, como profesional sanitario que trata al paciente, declaro lo siguiente: (i) Esta prescripción es médicamente adecuada para este paciente y yo supervisaré el tratamiento de este paciente; (ii) toda la información suministrada a Rigel o a sus agentes ("Rigel") en relación con este formulario de inscripción es exacta y se ha obtenido de conformidad con una autorización del paciente válida y separada que permite a Rigel comunicarse con este paciente para proporcionar servicios relacionados con (1) el tratamiento y (2) la verificación de beneficios y/o autorización previa. Además, entiendo que: (a) cualquier fármaco gratuito proporcionado es solo para uso de este paciente y no se venderá ni se transferirá a nadie más, ni se devolverá para su reembolso; (b) el fármaco gratuito no podrá contabilizarse para los costos de bolsillo de Medicare Parte D, ni reclamarse el reembolso de ningún tercero pagador (privado o gubernamental); (c) no tengo obligación de prescribir ningún medicamento de Rigel y no he recibido ni recibiré ningún beneficio de Rigel por prescribir un medicamento de Rigel; y (d) Rigel puede revisar, cambiar o cancelar los programas en cualquier momento sin previo aviso. Autorizo a la farmacia especializada a iniciar, si es necesario, cualquier proceso de autorización de los planes de salud aplicables, incluido el envío de los formularios necesarios a dichos planes de salud, en la medida en que no esté prohibido.

☐ VEPPANU, 200 mg una vez al día

Instrucciones: _____
Cantidad: ☐ 30 comprimidos Reposiciones: _____

☐ VEPPANU, 100 mg una vez al día

Instrucciones: _____
Cantidad: ☐ 30 comprimidos Reposiciones: _____

Firma del médico prescriptor (sin sello)

Dispensar tal y como está escrito (DAW)

Fecha

(dd/mm/aaaa)

Firma del médico prescriptor (sin sello)

Sustitución permitida

Fecha

(dd/mm/aaaa)

Si esta sección no cumple con las leyes de prescripción de su estado, proporciónenos una prescripción que cumpla con las normas.

AVISO DE PRIVACIDAD DE RIGEL, AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y DIVULGACIÓN

Rigel tiene programas disponibles para apoyar a los pacientes y utilizaremos la información proporcionada para ver para qué programa, según sus criterios, podría ser apto.

Lea atentamente lo siguiente y, a continuación, firme y coloque la fecha.

AUTORIZACIÓN RELATIVA A LA INFORMACIÓN PERSONAL PARA LA ASISTENCIA AL PACIENTE

Al firmar a continuación, autorizo a mis profesionales sanitarios (incluidos los médicos y su personal), mis farmacias y aseguradoras de salud (mi "equipo sanitario") a divulgar a Rigel Pharmaceuticals, Inc., sus empresas afiliadas, socios comerciales, contratistas y proveedores (en conjunto, "Rigel") mi información personal según sea necesario para mi participación en el programa RIGEL ONECARE (el "Programa"), incluida mi información de contacto, información relacionada con mi seguro médico, historiales médicos relacionados con el medicamento indicado en la parte superior de este formulario (el "fármaco") y mi tratamiento de afecciones relacionadas (en conjunto, mi "información personal"). Autorizo a Rigel a utilizar mi información personal para:

(i) ayudar a verificar o coordinar la cobertura del seguro u obtener de otro modo el pago por mi tratamiento con el fármaco,

(ii) coordinar la recepción del fármaco, (iii) proporcionarme información sobre el fármaco,

(iv) ponerse en contacto conmigo durante todo mi tratamiento con el fármaco para comentar mi experiencia con el tratamiento y proporcionar la asistencia correspondiente, y (v) realizar mejoras en el programa y otras actividades comerciales internas relacionadas con el Programa (incluidos estudios de mercado, encuestas, garantía de calidad), y autorizo a Rigel a compartir mi información personal con mi equipo sanitario para los mismos fines. Entiendo y acepto que la información personal transmitida por correo electrónico y teléfono móvil no puede protegerse contra el acceso no autorizado. Entiendo que:

- Aunque Rigel tiene la intención de utilizar mi información personal únicamente como se describió anteriormente, una vez que mi información personal se divulgue de conformidad con esta autorización, puede que ya no esté protegida por ciertas normativas federales de privacidad y que se pueda divulgar a otras personas.
- Rigel (i) no utilizará mi información personal con fines promocionales de marketing no relacionados con el programa, (ii) utiliza medidas razonables de seguridad administrativas, técnicas y físicas para proteger la información personal, y (iii) tiene una política de privacidad aplicable en <https://www.rigel.com/privacy-policy>.
- Puedo negarme a firmar esta autorización o, en el futuro, retirarla por escrito a Rigel en RIGEL ONECARE, 11800 Weston Pkwy, Cary, NC 27513, y que proporcionar la autorización no es una condición para que reciba tratamiento (incluido con el fármaco) o cobertura de seguro médico, pero que no puedo participar en el programa a menos que proporcione esta autorización.
- Si retiro la autorización, eso no invalidará ningún uso o divulgación realizados en virtud de la autorización antes de que Rigel reciba mi notificación por escrito de retiro.
- Mi farmacia puede recibir un pago de Rigel por divulgar y utilizar mi información personal a cambio de proporcionar servicios administrativos o de asistencia al paciente relacionados con el programa, incluida la educación relacionada con mi tratamiento.
- Esta autorización caducará 5 años después de mi firma a continuación, a menos que la retire antes o la ley estatal exija una fecha de vencimiento anterior.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de haberla firmado a continuación.

☐ Autorizo a Rigel a comunicarse conmigo por correo electrónico sin cifrar y por mensaje de texto.

Nombre del paciente* (en letra de imprenta) _____ Nombre del representante (en letra de imprenta) _____

Firma del paciente/representante*

Fecha*

(dd/mm/aaaa)

(si lo firma un representante, certifico que estoy legalmente autorizado para actuar en nombre del paciente y que estoy describiendo mi relación con el paciente a continuación.)

Relación con el paciente _____

DIVULGACIÓN DE COMUNICACIÓN ADICIONAL

- ☐ Entiendo que Rigel puede llamar, enviar correos electrónicos, mensajes de texto y enviar por correo postal materiales de Rigel a los números de teléfono y a las direcciones (físicas y de correo electrónico) proporcionados en el formulario de inscripción. Entiendo que las tarifas estándar de mi operador de telefonía móvil pueden aplicarse para llamadas y mensajes de texto a mi teléfono móvil.

Consulte la información de seguridad importante y la información de prescripción completa en VEPPANU.com. * Requerido