

*Indica un campo obligatorio. Si no se completan todos los campos obligatorios, es posible que se produzcan demoras en la dispensación.

Identificación del paciente del ensayo clínico:

1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

*Nombre: _____ *Apellido: _____ *Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____
Género: Masculino Femenino *Teléfono del hogar: _____ *Teléfono móvil: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Correo electrónico (obligatorio para algunos servicios educativos): _____ Método de contacto preferido: _____
Llamada Correo electrónico Mensaje de texto
*¿Está de acuerdo en recibir mensajes de texto?: Sí No *¿Está de acuerdo en recibir mensajes de voz?: Sí No
Idioma principal: Inglés Español Otro: _____ Mejor horario para contactarlo: Por la mañana Por la tarde Por la noche
Nombre del cuidador: _____ Teléfono del cuidador: _____

2. INFORMACIÓN DEL SEGURO

NOTA: Adjunte una copia de ambos lados de la(s) tarjeta(s) del seguro del paciente.

SEGURO PRIMARIO

Cobertura: Medicare Medicaid Comercial/privada Otra Sin seguro
Nombre de la aseguradora: _____ Nombre del titular de la póliza: _____ Relación con el paciente: _____
Teléfono: _____ Identificación de la póliza: _____ Número de grupo: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____
Nombre del empleador: _____ ¿Tiene este paciente una tarjeta de beneficios de farmacia separada? Sí No
Nombre del administrador de beneficios de farmacia: _____ Identificación de la póliza: _____
Número de grupo: _____ Número de identificación bancaria (BIN): _____ Número de control del procesador (PCN): _____ Teléfono: _____

SEGURO SECUNDARIO

Cobertura: Medicare Medicaid Comercial/privada Otra Sin seguro
Nombre de la aseguradora: _____ Nombre del titular de la póliza: _____ Relación con el paciente: _____
Teléfono: _____ Identificación de la póliza: _____ Número de grupo: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____
¿Tiene este paciente una tarjeta de beneficios de farmacia adicional? Sí No
Nombre del administrador de beneficios de farmacia: _____ Identificación de la póliza: _____
Número de grupo: _____ Número de identificación bancaria (BIN): _____ Número de control del procesador (PCN): _____ Teléfono: _____

3. ESTADO DEL SEGURO DEL PACIENTE

Un administrador de casos de Deciphera AccessPoint verificará la cobertura del seguro de su paciente para ROMVIMZA. Comparta cualquier información de cobertura que ya haya obtenido.

¿Se ha iniciado una autorización previa (PA)? Sí No Si la respuesta es "Sí", indique el estado de la PA: Aprobada Denegada Pendiente

¿Se ha iniciado una apelación? Sí No Si la respuesta es "Sí", indique el estado de la apelación: Aprobada Denegada Pendiente

Si está "Aprobada", indique el monto del copago: \$

Adjunte todas las cartas de aprobación o denegación pertinentes de la aseguradora.

4. INFORMACIÓN CLÍNICA

*Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.ª revisión (CIE-10) del diagnóstico principal:

CIE-10 del diagnóstico secundario:

Tipo de tumor de células gigantes tenosinoviales (TGCT): Localizado Difuso Articulación/zona afectada por el TGCT:

*Enumere los nombres de inhibidores de la tirosina cinasa (TKI) previos recibidos (del más antiguo al más reciente): _____

O Sin tratamiento previo

Cantidad de cirugías por el TGCT: ¿El paciente ha recibido tratamiento previo con esteroides o antiinflamatorios no esteroideos (NSAID)? Sí No

Nuevo en ROMVIMZA Retomando ROMVIMZA Actualmente toma ROMVIMZA Fecha de inicio de ROMVIMZA:

Medicamentos actuales (enumere todos): _____ O Lista de medicamentos actuales incluida/adjunta

Alergias conocidas a medicamentos: _____ Notas clínicas incluidas/adjuntas



1-833-4DACCES (1-833-432-2237)



De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este (ET)



1-833-DCPH-FAX (1-833-327-4329)



decipheraaccesspoint.com
[DAPenroll.com](https://dapenroll.com)

*Nombre del paciente:

*Fecha de nacimiento del paciente:

5. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE EMITE RECETAS

*Nombre de la persona que emite recetas (nombre, apellido):

Cargo de la persona que emite recetas:

*Número identificador nacional del proveedor (NPI):

Número de la Administración para el Control de Drogas (DEA):

Especialidad de la persona que emite recetas:

Nombre del centro/de la instalación:

*Dirección:

*Ciudad:

*Estado:

*Código postal:

Contacto del consultorio:

*Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

Método de contacto preferido:

Teléfono

Correo electrónico

Fax

Nombre del supervisor de la persona que emite recetas (nombre, apellido):

Número NPI del supervisor de la persona que emite recetas:

6. RECETA DE ROMVIMZA

Complete AMBAS secciones

ROMVIMZA Receta (RX)

Resurtidos:

Cantidad para dispensar: 1 paquete de 8 cápsulas

30 MG 20 MG 14 MG

Instrucciones de uso recomendadas: tomar 1 cápsula por vía oral dos veces por semana con un intervalo mínimo de 72 horas.

Instrucciones de uso alternativas:

Dispensar como se indica por escrito, sin sustituciones



Firme aquí:

Fecha:

ROMVIMZA RX de suministro temporal

5 resurtidos

Debido a retrasos o interrupciones en la cobertura

30 MG 20 MG 14 MG

Rapid Start (pacientes nuevos)/Bridge (pacientes en tratamiento continuo)

Cantidad para dispensar: 1 paquete de 4 cápsulas

Instrucciones de uso recomendadas: tomar 1 cápsula por vía oral dos veces por semana con un intervalo mínimo de 72 horas.

Instrucciones de uso alternativas:

Dispensar como se indica por escrito, sin sustituciones



Firme aquí:

Fecha:

Programas Rapid Start y Bridge: los pacientes con un seguro privado o gubernamental reciben suministros de ROMVIMZA para 14 días de forma gratuita, hasta 84 días, en caso de un retraso en las investigaciones de la cobertura del seguro para un paciente nuevo o una interrupción en la cobertura del seguro para un paciente establecido. Los pacientes no deben solicitar el reembolso o crédito de esta receta a ninguna aseguradora, plan de salud o proveedor. Al firmar arriba, certifico que entiendo los términos de los Programas Rapid Start y Bridge, y acepto que no solicitaré el reembolso de ROMVIMZA obtenido a través de los Programas Rapid Start o Bridge.

Se informa a todos: Mi firma anterior certifica que la persona mencionada en este formulario es mi paciente, que la información proporcionada, a mi leal saber y entender, es completa y precisa, y que la terapia con ROMVIMZA es médicamente necesaria. Certifico que he obtenido la autorización por escrito de mi paciente de acuerdo con todas las leyes estatales y federales aplicables para divulgar la información de salud identificable individualmente incluida en este formulario a Deciphera y al Programa de Apoyo al Paciente Deciphera AccessPoint, y entiendo que la información que proporciono en este formulario será utilizada por el programa con el fin de verificar la cobertura de seguro y la elegibilidad de mi paciente, coordinar la dispensación del medicamento recetado de mi paciente y presentar los servicios de apoyo de Deciphera AccessPoint para ROMVIMZA a mi paciente, incluido el contacto con mi paciente por teléfono o correo postal para estos fines. Autorizo a Deciphera AccessPoint para ROMVIMZA a transmitir la receta anterior a la farmacia especializada correspondiente para mi paciente. Entiendo que no tengo ninguna obligación de recetar ningún producto de Deciphera y que no he recibido ni recibiré ningún beneficio de Deciphera por hacerlo. No solicitaré el reembolso de ningún tercero pagador o entidad gubernamental por ningún producto proporcionado de forma gratuita por Deciphera AccessPoint.

Nota especial: Las personas que emiten recetas de todos los estados deben cumplir con las leyes aplicables para una receta válida. En el caso de las personas que emiten recetas en estados con requisitos oficiales de formularios de receta, se debe enviar una receta real junto con este formulario de inscripción. Es posible que las personas que emiten recetas deban enviar una receta electrónica a la farmacia especializada.

*Nombre del paciente:

*Fecha de nacimiento del paciente:

7. FARMACIA ESPECIALIZADA PREFERIDA

ROMVIMZA está disponible a través de farmacias especializadas seleccionadas (Biologics by McKesson, Onco360 y lugares de dispensación elegibles en el consultorio).

Si la farmacia especializada preferida de su paciente no puede surtir para el plan de seguro de su paciente, Deciphera AccessPoint puede ayudarle a encontrar una farmacia que lo haga.

Farmacia preferida del paciente: Biologics by McKesson Onco360 Centro de dispensación elegible en el consultorio

Si la farmacia preferida es un centro de dispensación elegible en el consultorio:

Nombre de la farmacia:

Nombre del contacto:

NPI de la farmacia:

Teléfono:

Fax:

¿Ya se ha enviado una receta de ROMVIMZA a una farmacia? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "Sí": fecha en que se recetó:

Si la respuesta es "Sí": nombre de la farmacia:

8. MOTIVO DE LA REMISIÓN

Deciphera AccessPoint ofrece servicios a los pacientes de ROMVIMZA en función de sus necesidades individuales. ¿Cuáles de estos servicios son más relevantes para su paciente? (Marque todas las opciones que correspondan):

☐ Apoyo para una PA/apelación

☐ Investigación de beneficios

☐ Programa de Asistencia para Copagos

☐ Rapid Start (programa de suministro temporal para pacientes nuevos)

☐ Apoyo de Bridge (programa de suministro temporal para pacientes establecidos)

☐ Programa de Asistencia al Paciente

☐ Dispensación a través de una farmacia de la red

☐ Educación y materiales sobre ROMVIMZA y el TGCT

☐ Programa de Extensión de Enfermería

☐ Modificación de la dosis

Cuéntenos más sobre el motivo de su remisión o proporciónenos cualquier información de contexto importante (opcional):

Nota para los lugares de dispensación en el consultorio: La participación en Deciphera AccessPoint no requiere el redireccionamiento de las recetas de los dispensarios elegibles en el consultorio a las farmacias especializadas. Confirme su elección de farmacia en la Sección 7 de este formulario.

9. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE (obligatoria para verificar la elegibilidad para el Programa de Asistencia al Paciente)

Cantidad de miembros del hogar (incluido el solicitante):

Ingreso bruto anual del hogar: \$

*Nombre del paciente:

*Fecha de nacimiento del paciente:

CONSENTIMIENTO PARA LA INSCRIPCIÓN EN DECIPHERA ACCESSPOINT Y EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Al firmar a continuación, me inscribo en Deciphera AccessPoint para el Programa de Apoyo al Paciente de ROMVIMZA™ (vimseltinib) (el "Programa"). Autorizo a Deciphera Pharmaceuticals y a sus filiales, socios comerciales, proveedores y otros agentes (colectivamente, los "socios comerciales" y junto con Deciphera Pharmaceuticals, "Deciphera") a prestarme los servicios para los que soy elegible en virtud del Programa, así como a ponerse en contacto conmigo por mensaje de texto y correo de voz. Dichos servicios pueden incluir comunicaciones y apoyo sobre medicamentos y cumplimiento, apoyo para la dispensación de medicamentos, cobertura de seguro y apoyo para la asistencia financiera, educación sobre enfermedades y medicamentos, y otros servicios de apoyo ofrecidos ahora o en el futuro. Como parte de las ofertas del Programa, acepto mi inscripción en el Programa de Asistencia para Copagos si soy elegible. Si solicito la asistencia al paciente (medicamentos sin costo), autorizo al Programa a usar mi información personal para obtener un informe sobre mi historial crediticio individual de las agencias de informes del consumidor y usar ese informe y otra información recopilada de fuentes públicas y de otro tipo para verificar la información en este formulario y estimar mis ingresos para decidir si soy elegible para recibir medicamentos gratuitos. Si lo solicito, el Programa me proporcionará el nombre y la dirección de la agencia de informes del consumidor que proporciona el informe de consumidor.

Entiendo que los programas de productos gratuitos (Rapid Start, Bridge o el Programa de Asistencia al Paciente) están sujetos a criterios de elegibilidad y que completar esta solicitud no garantiza que calificaré para estos programas. Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud, incluidos los ingresos del hogar, está completa y es precisa. Entiendo que la asistencia del programa terminará si el programa tiene conocimiento de algún fraude. Si recibo un producto gratuito, no solicitaré su reembolso de ninguna aseguradora, plan de salud o programa gubernamental. Si recibo un producto gratuito, no solicitaré esta receta ni ningún costo asociado, se cuente como parte de mis gastos de bolsillo para medicamentos con receta.



Firme aquí:

Firma del paciente o representante del paciente

Fecha:

Si lo firma un representante del paciente:

Nombre, en letra de imprenta

Número de teléfono del representante del paciente

AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD

Al firmar a continuación, autorizo a mis proveedores y personal de atención médica, a mis farmacias y a mis aseguradoras de salud a usar y divulgar a Deciphera Pharmaceuticals y sus filiales, socios comerciales, proveedores y otros agentes (colectivamente, "Deciphera") información de salud sobre mí, incluida la información relacionada con mi afección médica y tratamiento, seguros de salud y reclamaciones de cobertura, y la receta (incluida la información de surtido/resurtido) de ROMVIMZA (mi "Información") para (1) inscribirme y prestar servicios en el marco del Programa de Asistencia al Paciente Deciphera AccessPoint para ROMVIMZA (el "Programa"); (2) obtener información sobre mi cobertura de seguro; (3) coordinar el cumplimiento de las recetas según lo indicado por mi médico; (4) proporcionarme recordatorios y apoyo para el cumplimiento; y (5) ponerse en contacto conmigo para realizar una investigación de mercado y para organizar la recepción de materiales educativos, promocionales o de comercialización sobre los programas de asistencia de Deciphera o los productos de Deciphera. Una vez que mi Información se haya divulgado a Deciphera, entiendo que es posible que las leyes federales de privacidad ya no la protejan de su posterior divulgación. Sin embargo, también entiendo que Deciphera protegerá mi Información al utilizarla y divulgarla solo para los fines permitidos por mí en esta Autorización o de cualquier otra forma exigida por la ley. Entiendo y acepto que la farmacia que dispensa ROMVIMZA puede recibir un pago de Deciphera a cambio de revelar mi Información a Deciphera y proporcionar servicios del Programa.

Comprendo que no tengo obligación de firmar esta Autorización. Mi decisión de no firmar esta Autorización no afectará mi capacidad para obtener tratamiento médico de mis proveedores de atención médica, mi elegibilidad para los beneficios del seguro de salud ni mi acceso a los medicamentos de Deciphera. Sin embargo, si no firmo esta Autorización, entiendo que no podré participar en el Programa. Entiendo que esta Autorización caduca diez años después de la fecha de firma que aparece a continuación o de cualquier otra forma exigida por la ley estatal o local, a menos y hasta que yo cancele (retire) esta Autorización antes de ese momento. Puedo cambiar de opinión y cancelar esta Autorización en cualquier momento llamando al 1-833-4DACCES (1-833-432-2237) o notificando a Deciphera por escrito a PO Box 5490 Louisville, KY 40255. La cancelación de esta Autorización pondrá fin a los usos y las divulgaciones posteriores de mi Información y mi participación en el Programa, pero no afectará ningún uso o divulgación de mi Información que hayan hecho mis proveedores de atención médica y su personal, mis farmacias y mis aseguradoras de salud sobre la base de esta Autorización antes de recibir la cancelación.

Entiendo que puedo solicitar una copia firmada de esta Autorización.



Firme aquí:

Firma del paciente o representante del paciente

Fecha:

Si lo firma un representante del paciente:

Nombre, en letra de imprenta

Número de teléfono del representante del paciente