



# 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](mailto:CaseManager@seagensecure.com)

Este es uno de dos formularios requeridos para inscribir a un paciente en SeaGen Secure® a fin de evaluar los servicios que puede ser elegible para recibir. Para comenzar a brindar asistencia a este paciente, también se debe enviar un Formulario de autorización del paciente completado y firmado.

**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 que tienen una demora [de al menos 5 días] en la determinación de cobertura de TUKYSA de su seguro.*)

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

NOMBRE DEL GRUPO/HOSPITAL

N.º DE IDENTIFICACIÓN FISCAL

IDENTIFICADOR NACIONAL DE PROVEEDORES (NPI)

VENCIMIENTO

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DE CONTACTO DEL CONSULTORIO

TELÉFONO

EXTENSIÓN

CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO

FAX

## 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 SOCIO DE ATENCIÓN/INFORMACIÓN DE CONTACTO



NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

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

## Información sobre el seguro de salud

También puede adjuntar copias de tarjetas del seguro

MARQUE 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		

Complete solamente si el paciente no está asegurado

¿EL CÓNYUGE DEL PACIENTE TIENE UN EMPLEADOR QUE OFRECE SEGURO DE SALUD?

Sí  No  NC

¿EL EMPLEADOR DEL PACIENTE OFRECE SEGURO DE SALUD?

Sí  No  NC

SI LA RESPUESTA ES "SÍ", INDIQUE EL NOMBRE DEL EMPLEADOR:

¿EL PACIENTE HA INTENTADO INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE INTERCAMBIO DE SEGURO DE SALUD (HEALTH INSURANCE EXCHANGE, HIE)?

Sí  No

¿EL PACIENTE HA INTENTADO SOLICITAR EL PROGRAMA MEDICAID DE SU ESTADO?

Sí  No

Si al paciente se le ha negado Medicaid o tiene Emergency Medicaid, envíe una copia de la carta con la inscripción.

## Información clínica

DIAGNÓSTICO: **OBLIGATORIO**

ICD-10: **OBLIGATORIO**

¿EL PACIENTE TIENE UNA MUTACIÓN DE HER2+?

Sí  No  No se sabe

¿EL PACIENTE TIENE METÁSTASIS EN EL CEREBRO?

Sí  No  No se sabe

FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO OBJETIVO: \_\_\_\_\_

LISTA DE MEDICAMENTOS CONCOMITANTES DEL PACIENTE:

TERAPIAS ANTERIORES DEL PACIENTE:



NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

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

### Solicitud de Quick Start

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

(Insertar receta aquí) Si utiliza una farmacia especializada, complete la receta abajo.

### Información sobre receta de PAP/comercial

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

ESTATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

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

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

### Declaración del proveedor de atención médica

SeaGen Secure® ofrece un programa de reembolso y acceso integral para pacientes. Al proporcionar la Información del paciente (incluida Información sobre el seguro de salud), usted declara que tiene el consentimiento del paciente para proporcionar su información a los fines de verificar beneficios o considerar la participación en el Programa de asistencia para pacientes (PAP) para recibir el producto de Seattle Genetics indicado anteriormente en el título de este formulario; y que tiene las autorizaciones escritas del paciente, según lo exigen las leyes estatales o federales aplicables, para divulgar Información del paciente en este formulario.



FIRMA DEL CONTACTO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA O DEL MÉDICO

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 Seattle Genetics 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. Seattle Genetics se reserva el derecho de modificar o discontinuar el programa sin aviso, en cualquier momento.

Prevía notificación razonable por escrito, y no más de una vez por cada año de cobertura, Seattle Genetics, 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 Seattle Genetics, 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.

Seattle Genetics, 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 Seattle Genetics, Inc. o sus agentes.

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





# Formulario de Autorización del Paciente Para TUKYSA™ (tucatinib)

*Complete y envíe por fax al 855-557-2480 o por correo electrónico a [CaseManager@seagensecure.com](mailto:CaseManager@seagensecure.com)*

SeaGen Secure® es un servicio proporcionado para usted en forma gratuita por Seattle Genetics a través de sus agentes autorizados. SeaGen Secure se ofrece a ayudarle a acceder a los productos de Seattle Genetics. SeaGen Secure puede hacer lo siguiente:

- (i) ayudarme con mi inscripción en SeaGen Secure y evaluar mi elegibilidad para participar en los Programas de asistencia para desembolsos directos de seguros comerciales y, si soy elegible, inscribirme;
- (ii) comunicarse conmigo por teléfono, correo postal o correo electrónico para solicitar más información;
- (iii) proporcionarme material educativo y de otra índole, información y apoyo relacionados con SeaGen Secure;
- (iv) verificar, investigar y ayudarme a obtener cobertura para el producto de Seattle Genetics que mi médico indicó en el formulario de inscripción de mi plan de seguro de salud;
- (v) evaluar mi elegibilidad para participar en el Programa de asistencia para pacientes (Patient Assistance Program, PAP), si es necesario;
- (vi) derivarme a otros programas independientes o fuentes alternativas que pueden estar disponibles para brindarme asistencia según lo permita la ley, si es necesario;
- (vii) para cumplir con los objetivos comerciales internos de SeaGen, que incluyen el control de calidad y una encuesta de mejora del apoyo.

Doy mi consentimiento para que SeaGen Secure se comunique conmigo, mi(s) médico(s) y proveedor(es) de seguros para los fines antes mencionados.

Para poder ayudarlo de la manera que se indica arriba, SeaGen Secure debe tener acceso a información médica protegida (protected health information, PHI). Esto significa información que puede ser divulgada e incluye, entre otras cosas, mi nombre, dirección, número de contacto, afección médica y proveedor de seguro de salud. Autorizo a mis médicos, farmacias y otros proveedores de atención médica, así como a mi plan de seguro de salud, a divulgar a Seattle Genetics (“Compañía”) y a sus terceros proveedores, distribuidores y otros proveedores de servicios que brindan apoyo a



SeaGen Secure (en conjunto, “Proveedores de servicios”), mi información médica protegida para ayudarme a tener acceso a mi medicamento recetado. También autorizo a SeaGen Secure a acceder a mi información de crédito a los fines de verificar mi ingreso como parte de la selección de elegibilidad para PAP. Entiendo que completar este formulario no garantiza que reuniré los requisitos para el programa PAP de Seattle Genetics y se me inscribirá en el programa. Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización, y esto no afectará mi tratamiento, el pago del tratamiento ni la cobertura de seguro, pero SeaGen Secure no podrá ayudarme a tener acceso a mi medicamento. Esta Autorización tendrá una duración de dos años a partir de la fecha en la que acepto esta Autorización (o un período más corto según lo exija la ley estatal aplicable).

Tengo conocimiento de que la declaración de privacidad de Seattle Genetics, disponible en [www.seattlegenetics.com/privacy](http://www.seattlegenetics.com/privacy), describe sus prácticas de privacidad, que incluyen cómo puedo ejercer determinados derechos en relación con mis datos. Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito a SeaGen Secure a 2730 S. Edmonds Lane, Suite 300, Lewisville, TX 75067. La cancelación de esta Autorización será válida cuando sea recibida por los administradores de SeaGen Secure.

## Información del Paciente

---

**NOMBRE DEL PACIENTE**

**FECHA DE NACIMIENTO  
(MM/DD/AAAA)**

---

**DIRECCIÓN**

**CIUDAD**

**ESTADO**

**CÓDIGO  
POSTAL**

---

**DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO**    **TELÉFONO**

**MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO:**     **Teléfono**     **Correo electrónico**  
 **Correo postal**

---

**CONTACTO ALTERNATIVO**

**RELACIÓN**

**TELÉFONO DEL CONTACTO**



## Información Financiera

Esta sección solo debe completarse en el caso de pacientes que se inscriben en el Programa de asistencia para pacientes de SeaGen Secure para recibir medicamentos gratis. Si cumple con todos los criterios, puede ser elegible para recibir su medicamento sin costo.

**CANTIDAD DE MIEMBROS DEL HOGAR PARA EL AÑO FISCAL MÁS RECIENTE**

**INGRESO ANUAL DEL HOGAR PARA EL AÑO FISCAL MÁS RECIENTE\***

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización después de haberla firmado.

**FIRMA (PACIENTE O PERSONA LEGALMENTE AUTORIZADA)**

**FECHA DE LA FIRMA**

**NOMBRE EN IMPRENTA DE LA PERSONA LEGALMENTE AUTORIZADA**

**RELACIÓN CON EL PACIENTE**

**FECHA DE LA FIRMA**

## Opción de Inclusión en el Programa de Enfermeros de Apoyo de Oncología

- Marque la casilla si desea que un enfermero de apoyo de oncología se comunice con usted.† El Programa de enfermeros de apoyo de oncología puede conectarlo con un enfermero de oncología que puede ayudarle a explorar recursos de atención y de otro tipo disponibles. El enfermero de apoyo de oncología lo conectará con apoyo más allá de sus medicamentos, que incluyen servicios psicosociales, personales y de apoyo, si lo necesita. Su enfermero de apoyo de oncología está disponible para hablar con usted de lunes a viernes, de 8 A.M. a 8 P.M., hora del Este.

