



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 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.

