



# Formulario de inscripción del paciente

- Completar este formulario permite evaluar la elegibilidad de su paciente para los programas de apoyo relacionados con los productos de Daiichi Sankyo. Si se determina que su paciente califica para un programa de apoyo, se informará al paciente y quedará inscrito de forma automática en el programa correspondiente.
- En la declaración del médico (página 4) y en el consentimiento del paciente (página 5), se resumen los términos y las condiciones asociados con completar este formulario. Asegúrese de que el paciente reciba una copia del consentimiento del paciente, así como de que el médico y el paciente revisen toda la información proporcionada antes de firmar este formulario.

## Cómo usar este formulario:

1. Asegúrese de completar todos los campos obligatorios señalados con un asterisco verde (\*).
2. Imprima el formulario y, luego, obtenga las firmas del médico y del paciente (o de su representante).
3. Envíe el formulario por fax.

# Formulario de inscripción del paciente

## 1 SERVICIOS SOLICITADOS (Seleccione todas las opciones que correspondan).

### TURALIO® (pexidartinib)

- ☐ Evaluación para el Programa QuickStart por demora en la cobertura de  $\geq 5$  días hábiles
- ☐ Evaluación para el Programa de Asistencia para Pacientes
- ☐ Servicios de farmacia especializada ofrecidos exclusivamente por **Biologics**

**Biologics by McKesson** puede realizar una investigación de beneficios, proporcionar ayuda con la autorización previa y evaluar la elegibilidad para el Programa de Asistencia para Pacientes (PAP).

Para pacientes que reciben TURALIO, envíe el formulario completo por fax a esta farmacia especializada y certificada conforme a la Estrategia de Evaluación y Mitigación de Riesgos (REMS, por sus siglas en inglés)

Biologics by McKesson



Fax: 1-800-823-4506



Teléfono: 1-800-850-4306

Para pacientes que reciben TURALIO y que usted considere que podrían calificar para el PAP

Daiichi Sankyo  
AccessCentral4U



Fax: 1-833-471-9988



Teléfono: 1-866-4-DSI-NOW (1-866-437-4669)

### VANFLYTA® (quizartinib)

- ☐ Evaluación para el Programa QuickStart por demora en la cobertura de  $\geq 5$  días hábiles
- ☐ Evaluación para el Programa de Asistencia para Pacientes
- ☐ Servicios de farmacia especializada ofrecidos por **Biologics** o por **Onco360**

Su farmacia especializada preferida puede realizar una investigación de beneficios, proporcionar ayuda con la autorización previa y evaluar la elegibilidad para el Programa de Asistencia para Pacientes (PAP).

Además de las farmacias especializadas mencionadas anteriormente, también puede optar por utilizar una farmacia no especializada (por ejemplo, una farmacia para pacientes ambulatorios de un hospital o una farmacia de un consultorio).

Para pacientes que reciben VANFLYTA envíe el formulario completo por fax a su farmacia especializada y certificada conforme a la REMS

Biologics by McKesson



Fax: 1-800-823-4506



Teléfono: 1-800-850-4306

Onco360® Oncology  
Pharmacy



Fax: 1-877-662-6355



Teléfono: 1-877-662-6633

Para pacientes que reciben VANFLYTA y que usted considere que podrían calificar para el PAP, o si se usa una farmacia no especializada (p. ej., la farmacia para pacientes ambulatorios de un hospital o la farmacia de un consultorio)

Daiichi Sankyo  
AccessCentral4U



Fax: 1-833-471-9988



Teléfono: 1-866-4-DSI-NOW (1-866-437-4669)

**Nota:** Si está autorizado para ejercer en el estado de New York, también debe enviar la receta médica a través de ePrescribing.

**¿Tiene preguntas sobre la receta médica del paciente o necesita ayuda con los servicios de apoyo al paciente?**

Comuníquese con la entidad que recibirá este formulario de inscripción completado del paciente.

# Formulario de inscripción del paciente

Este formulario no es obligatorio para que los pacientes con seguro privado se inscriban en el Programa de Ahorro para Pacientes. Visite [DSAccessCentral4U.com](http://DSAccessCentral4U.com) para presentar su solicitud.

\*Campos obligatorios

## 2 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

\*Nombre: \_\_\_\_\_ \*Apellido: \_\_\_\_\_ \*Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \*Sexo: ☐ M ☐ F  
MM/DD/AAAA  
\*Dirección: \_\_\_\_\_ \*Ciudad: \_\_\_\_\_ \*Estado: \_\_\_\_\_ \*Código postal: \_\_\_\_\_  
\*Teléfono preferido: ☐ Casa ☐ Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Nombre de un contacto alternativo: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Teléfono del contacto alternativo: \_\_\_\_\_ Idioma preferido del paciente: \_\_\_\_\_  
¿Permiso para comunicarse con el paciente?: ☐ Sí ☐ No

## 3 INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DEL PACIENTE

Incluya copias de la parte delantera y trasera de todas las tarjetas de seguro médico y de farmacia, o complete esta sección.

\*Tipo de seguro: (Si el paciente tiene cobertura de Medicaid y de Medicare, marque ambas casillas).

☐ Sin seguro ☐ Comercial/privado ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Otro: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido usted o el paciente indicaciones para solicitar la inscripción en nuestro PAP como requisito para la cobertura del medicamento por parte del empleador, del plan del seguro o del representante designado del paciente? ☐ Sí ☐ No

	*Seguro médico principal	Seguro médico secundario/ complementario (incluido Medicare)	Seguro de farmacia
*Nombre del plan de seguro			
*Teléfono del seguro			
*Nombre del titular de la tarjeta (si no es el paciente)			
*Fecha de nacimiento del titular de la tarjeta			
*N.º de identificación de póliza			
N.º de grupo			
Número de identificación bancaria (BIN, por sus siglas en inglés)/número de control del procesador (PCN, por sus siglas en inglés)			

## 4 INGRESOS

Si se solicita el Programa de Asistencia para Pacientes, ¿cuál es el total combinado de ingresos del grupo familiar antes de impuestos? (Incluidos usted, todos los adultos y todos los dependientes).

Verificación de ingresos: El Programa y sus agentes externos autorizados usarán su fecha de nacimiento o número de Seguro Social, u otra información demográfica, según sea necesario, para acceder a su información crediticia y a la información procedente de fuentes públicas y de otro tipo, con el fin de calcular sus ingresos durante el proceso de determinación de la elegibilidad. Al tratarse de una consulta de crédito no incidente, esta opción no afectará su calificación crediticia.

El Programa y sus agentes externos autorizados se reservan el derecho de solicitar más documentos e información en cualquier momento.

\$ \_\_\_\_\_ por mes O \$ \_\_\_\_\_ por año

Si tiene cobertura de Medicare, ¿cuánto ha gastado en medicamentos durante el año en curso? \$ \_\_\_\_\_

Cantidad de personas en su grupo familiar: \_\_\_\_\_ Cantidad de dependientes menores de 18 años en su grupo familiar: \_\_\_\_\_  
(Incluidos usted, todos los adultos y todos los dependientes).

# Formulario de inscripción del paciente

Este formulario no es obligatorio para que los pacientes con seguro privado se inscriban en el Programa de Ahorro para Pacientes. Visite [DSAccessCentral4U.com](https://www.dsaccesscentral4u.com) para presentar su solicitud.

\*Campos obligatorios

## 5 INFORMACIÓN SOBRE RECETAS MÉDICAS

\*Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ \*Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ MM/DD/AAAA  
\*Código de diagnóstico (ICD-10-CM): \_\_\_\_\_

### ☐ TURALIO® (pexidartinib)

**INFORMACIÓN SOBRE LA RECETA MÉDICA DE TURALIO (complete todos los campos en blanco para los pacientes que reciben TURALIO):**

**Nombre del producto:** TURALIO (pexidartinib)

**Si se solicita el Programa de Asistencia para Pacientes:**

\*Dosis diaria total: \_\_\_\_\_ mg Dispensar un suministro para 30 días. \*Resurtidos: \_\_\_\_\_.

\*Instrucciones: Cápsulas de 125 mg de TURALIO: Tome \_\_\_\_\_ cápsula(s) por vía oral dos veces al día con una comida con bajo contenido de grasa (alrededor de 11 a 14 gramos de grasa en total).

**Si se solicita la receta médica de QuickStart (opcional):**

\*Dosis diaria total: \_\_\_\_\_ mg Dispensar un suministro para 14 días. Sin resurtidos.

**Instrucciones:** Cápsulas de 125 mg de TURALIO: Tome \_\_\_\_\_ cápsula(s) por vía oral dos veces al día con una comida con bajo contenido de grasa (alrededor de 11 a 14 gramos de grasa en total).

### ☐ VANFLYTA® (quizartinib)

**INFORMACIÓN SOBRE LA RECETA MÉDICA DE VANFLYTA (complete todos los campos en blanco para los pacientes que reciben VANFLYTA):**

**Nombre del producto:** VANFLYTA (quizartinib)

**Si se solicita el Programa de Asistencia para Pacientes:**

**\*INSTRUCCIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE DOSIS**

\*Tome \_\_\_\_\_ los comprimido(s) de ☐ 17.7 mg ☐ 26.5 mg \*una vez al día.

\*Cantidad: \_\_\_\_\_ \*Resurtidos: \_\_\_\_\_

**Si se solicita la receta médica de QuickStart (opcional):**

\*Tome \_\_\_\_\_ comprimido(s). Complete los campos en blanco correspondientes a la cantidad. Dispensar un suministro para 14 días. Sin resurtidos.

Tome los comprimido(s) de ☐ 17.7 mg una vez al día durante 14 días.  
Tome los comprimido(s) de ☐ 26.5 mg una vez al día durante 14 días.

## 6 INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

\*Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

\*Nombre del consultorio: \_\_\_\_\_ Nombre del contacto en el consultorio: \_\_\_\_\_

\*Dirección: \_\_\_\_\_ \*Ciudad: \_\_\_\_\_ \*Estado: \_\_\_\_\_ \*Código postal: \_\_\_\_\_

\*Dirección de envío (si corresponde): \_\_\_\_\_ \*Ciudad: \_\_\_\_\_ \*Estado: \_\_\_\_\_ \*Código postal: \_\_\_\_\_

\*Teléfono: \_\_\_\_\_ \*Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\*N.º de identificación nacional del proveedor (NPI, por sus siglas en inglés) de su proveedor: \_\_\_\_\_

N.º de identificación fiscal estatal: \_\_\_\_\_

Otra identificación del proveedor (si corresponde): \_\_\_\_\_

Nombre de un contacto alternativo en el consultorio: \_\_\_\_\_ Número de teléfono alternativo del consultorio: \_\_\_\_\_

Correo electrónico alternativo del consultorio: \_\_\_\_\_

## 7 DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Al firmar en la página 5 de este formulario, declaro que soy el proveedor de atención médica prescriptor y he determinado que recetar dicho producto es médicamente adecuado, y que expliqué a mi paciente los motivos para hacerlo.

También acepto enviar las solicitudes a Daiichi Sankyo AccessCentral4U en nombre de mi paciente con el fin de que se pueda evaluar su elegibilidad para determinar el acceso a diversos programas de asistencia. Certifico que recibí el consentimiento necesario de mi paciente para divulgar la información mencionada anteriormente y otra información médica protegida (tal como se define en la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de los Seguros Médicos [HIPAA, por sus siglas en inglés] de 1996) a Daiichi Sankyo AccessCentral4U o a sus proveedores de servicios. El paciente ha confirmado su consentimiento al leer y firmar la página 6 de este formulario.

# Formulario de inscripción del paciente

Este formulario no es obligatorio para que los pacientes con seguro privado se inscriban en el Programa de Ahorro para Pacientes. Visite [DSAccessCentral4U.com](https://DSAccessCentral4U.com) para presentar su solicitud.

**\*Campos obligatorios**

## 7 DECLARACIÓN DEL MÉDICO (continuación)

Autorizo a Daiichi Sankyo AccessCentral4U y a sus proveedores de servicios, en nombre de mis pacientes, a que envíen una receta médica por fax u otro medio de entrega a la farmacia que Daiichi Sankyo autorizó para dispensar dicho producto. También certifico que esta receta médica cumple todas las leyes locales y estatales vigentes. Acepto notificar a Daiichi Sankyo AccessCentral4U o a sus proveedores de servicios si en algún momento tengo conocimiento de cambios en las circunstancias de mi paciente que afectarían su elegibilidad para cualquiera de los programas de Daiichi Sankyo AccessCentral4U, incluidos, entre otros, los cambios en el estado o la cobertura del seguro médico, la situación económica, la condición de residencia en los Estados Unidos o la indicación para la que se recetó dicho producto a mi paciente.

Entiendo que Daiichi Sankyo se reserva el derecho de cambiar o finalizar cualquiera de los servicios de Daiichi Sankyo AccessCentral4U (como el Programa de Ahorro para Pacientes o el Programa de Asistencia para Pacientes) en cualquier momento, o de negarse a suministrar dicho producto a cualquier paciente del Programa de Asistencia para Pacientes.

Si mi paciente obtiene dicho producto a través del Programa de Asistencia para Pacientes, declaro que entiendo lo siguiente:

- No se le puede cobrar dicho producto a ningún tercero ni al paciente en virtud de dicho programa.
- No se debe vender, comercializar ni distribuir para la venta ningún producto gratuito.
- Los medicamentos gratuitos suministrados no están condicionados a futuras compras ni recetas médicas de dichos productos.

Al firmar en la página 5 de este formulario, certifico que se entregó una copia del consentimiento del paciente al paciente mencionado en la página 3 o a su representante.

\*Confirmando que leí y entendí la declaración del médico incluida en este formulario y acepto los términos que allí se explican.

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

✓ **\*FIRMA DEL PROVEEDOR:** \_\_\_\_\_ **\*FECHA:** \_\_\_\_\_

## 8 CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

### Divulgación de información personal

Al firmar en la página 6 de este formulario, autorizo a mis médicos, a mis proveedores de atención médica, a mi compañía de seguro médico y a mi farmacia a que divulguen información sobre mí (por ejemplo, mi nombre, dirección y número de póliza del seguro) y sobre mi afección médica (por ejemplo, mi diagnóstico o mis medicamentos) a Daiichi Sankyo y a sus proveedores externos, distribuidores y otros proveedores de servicios que brindan apoyo a Daiichi Sankyo AccessCentral4U (en adelante denominados de forma conjunta como "proveedores de servicios").

Autorizo a mi farmacia especializada y a otros proveedores de servicios que proporcionar apoyo a Daiichi Sankyo AccessCentral4U a que compartan información sobre mí entre ellos. Reconozco que es posible que este tipo de información personal identificable (IPI) incluya datos escritos o verbales sobre mi salud o atención médica, o copias de registros sobre mi salud y los beneficios de mi seguro que proporcionen mis proveedores de atención médica o mi plan médico. Mi decisión de firmar este formulario (o de no firmarlo) no afectará el tratamiento que recibo de los profesionales de atención médica o de las entidades que participan en mi atención o cobertura.

### Uso de información personal

Entiendo que los proveedores de servicios o la farmacia podrían usar o proporcionar mi información con uno o más de los siguientes fines:

- Evaluar mi elegibilidad y ayudar con mi inscripción en un programa de apoyo de Daiichi Sankyo, como el Programa de Ahorro para Pacientes o el Programa de Asistencia para Pacientes, y comunicarse conmigo (o con mi representante legal) sobre mi elegibilidad y estado de la inscripción.
- Verificar, investigar y ayudar a coordinar mi cobertura para dicho producto con mi compañía de seguro médico.
- Referirme a otros programas independientes o fuentes de financiamiento alternativas que podrían proporcionarme ayuda según lo permita la ley, si fuera necesario.
- Ayudar a analizar la eficacia y el desempeño de los servicios que prestan los proveedores de servicios.
- Proporcionarme (o proporcionar a mi representante legal) materiales educativos, información y ayuda en relación con los servicios de Daiichi Sankyo AccessCentral4U.
- Proporcionarme ayuda para apelar cualquier denegación del seguro.

# Formulario de inscripción del paciente

Este formulario no es obligatorio para que los pacientes con seguro privado se inscriban en el Programa de Ahorro para Pacientes. Visite [DSAccessCentral4U.com](https://DSAccessCentral4U.com) para presentar su solicitud.

\*Campos obligatorios

## 8 CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE (continuación)

En algunos casos, los proveedores de servicios pueden desidentificar mi información y usar o divulgar la información desidentificada (en forma individual o conjunta) para cualquier propósito comercial legítimo. Entiendo que los proveedores de servicios harán todo lo razonablemente posible para mantener mi información privada; sin embargo, entiendo que una vez que mi información se haya divulgado a los proveedores de servicios, la forma en que los proveedores de servicios vuelvan a divulgar mi información quizás ya no esté protegida por las leyes federales y estatales de privacidad. Entiendo que Daiichi Sankyo AccessCentral4U forma parte de Daiichi Sankyo y que los proveedores de servicios podrían recibir remuneración de Daiichi Sankyo. Mis proveedores de atención médica y mi farmacia también podrían recibir remuneración, o pago, por divulgar mi información en virtud de este consentimiento.

### Términos del consentimiento

Este consentimiento será válido durante 3 años a partir de la fecha de este formulario o hasta que deje de recibir dicho producto o se cancele mi inscripción en cualquiera de los servicios de Daiichi Sankyo AccessCentral4U. Reconozco que no es obligatorio que firme el consentimiento de la página 6, pero, si no lo hago, no me remitirán a fuentes de financiamiento alternativas ni tendré acceso a otros servicios que ofrezca Daiichi Sankyo AccessCentral4U directamente o por medio de terceros. Mi decisión de firmar este formulario no afectará el tratamiento que recibo de los profesionales de atención médica o las entidades que participan en mi atención o cobertura. Podré anular este consentimiento en cualquier momento al comunicarme con Daiichi Sankyo AccessCentral4U al 1-866-4-DSI-NOW. Al hacerlo, revocaré mi consentimiento para que mi proveedor de atención médica divulgue mi información médica a Daiichi Sankyo o a sus proveedores de servicios, e interrumpiré mi participación en el programa de apoyo. Reconozco que la revocación de mi consentimiento no afectará el uso ni la divulgación de la información médica que ya se haya divulgado antes de mi anulación.

Confirmando que recibí una copia de este consentimiento, y sé que tengo derecho a ver o copiar la información que mis proveedores de atención médica o pagadores entregaron a los proveedores de servicios.

### Información adicional para evaluar la elegibilidad para el Programa de Asistencia para Pacientes

Acepto permitir que Daiichi Sankyo y sus proveedores de servicios asociados usen mi información demográfica, que incluye, entre otros, mi nombre, fecha de nacimiento o dirección, según sea necesario para acceder a mi información crediticia y a la información procedente de fuentes públicas y de otro tipo. Esto incluye información de una agencia de informes de consumo (agencia de crédito) para calcular mis ingresos durante el proceso de determinación de la elegibilidad que se realiza con el fin de determinar mi elegibilidad en virtud del Programa de Asistencia para Pacientes. No tengo ningún tipo de cobertura para medicamentos de venta con receta médica que me ayude a pagar o que podría ayudarme a pagar el medicamento solicitado (salvo Medicare para los productos correspondientes), aunque dicha cobertura incluya un programa de financiamiento alternativo que exija intentar primero obtener el medicamento a través de un tercero o un programa de asistencia para pacientes. Entiendo que quizás deba solicitar asistencia para medicamentos de venta con receta médica a través de un programa de asistencia gubernamental para mantener la elegibilidad para este programa. Daiichi Sankyo y sus proveedores de servicios asociados se reservan el derecho de solicitar más documentos e información en cualquier momento. Acepto notificar a mis proveedores de atención médica si tengo algún cambio que, a mi entender, afectaría mi elegibilidad, incluidos, entre otros, cambios en el estado o la cobertura del seguro médico, la situación económica y mi condición de residencia en los Estados Unidos. Los términos de este documento se rigen y se interpretan conforme a las leyes del estado de New Jersey, excepto las normas sobre conflicto de leyes de New Jersey, y la ley federal vigente.

\*Confirmando que leí y entendí el consentimiento del paciente incluido en este formulario y acepto los términos que allí se explican.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

✓ \*FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

\*FECHA: \_\_\_\_\_

**Para los representantes:** Si un representante del paciente tiene que firmar este formulario, indique la autoridad del representante para firmar en nombre del paciente (p. ej., poder notarial para asuntos médicos, apoderado para asuntos médicos, tutor legal designado por el tribunal). El personal del consultorio de atención médica no puede firmar en nombre del paciente.

Motivo de la autoridad: \_\_\_\_\_

**Declaración del representante.** Confirmando que tengo el derecho legal de firmar este formulario (como se indicó anteriormente) en nombre del paciente. Confirmando que leí y entendí el consentimiento del paciente incluido en este formulario y acepto los términos que allí se explican.

Firma del representante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_