

\*Denota un campo obligatorio. Si no se rellenan todos los campos obligatorios pueden producirse retrasos en el cumplimiento.

## 1. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

\*Nombre: \_\_\_\_\_ \*Apellido: \_\_\_\_\_ \*Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_  
Sexo:  Hombre  Mujer \*Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ \*Teléfono móvil: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
**Correo electrónico (requerido para algunos servicios educativos):** \_\_\_\_\_  
Método de contacto preferido:  Llamada  Correo electrónico  Texto Idioma principal:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_  
Mejor momento para contactar:  Mañana  Tarde  Noche Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_ Teléfono del cuidador: \_\_\_\_\_

## 2. INFORMACIÓN DEL SEGURO

**NOTA: Adjunte una copia de ambas caras de la(s) tarjeta(s) del seguro del paciente.**

**SEGURO PRINCIPAL** Cobertura:  Medicare  Medicaid  Comercial/Privado  Otro  Sin seguro  
Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ ID de la póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
¿Tiene este paciente una tarjeta de beneficios de farmacia separada?  Sí  No  
Nombre del administrador de beneficios de farmacia: \_\_\_\_\_ ID de la póliza: \_\_\_\_\_  
Número de grupo: \_\_\_\_\_ Número BIN: \_\_\_\_\_ Número PCN: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**SEGURO SECUNDARIO** Cobertura:  Medicare  Medicaid  Comercial/Privado  Otro  Sin seguro  
Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_ Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ ID de la póliza: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
¿Tiene este paciente una tarjeta de beneficios de farmacia separada?  Sí  No  
Nombre del administrador de beneficios de farmacia: \_\_\_\_\_ ID de la póliza: \_\_\_\_\_  
Número de grupo: \_\_\_\_\_ Número BIN: \_\_\_\_\_ Número PCN: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## 3. ESTADO DEL SEGURO DEL PACIENTE

Un administrador de casos de Deciphera AccessPoint verificará la cobertura del seguro de su paciente para QINLOCK® (ripetinib). Comparta cualquier información de cobertura que ya haya obtenido.

¿Se ha iniciado una autorización previa (AP)?  Sí  No Si la respuesta es "sí", indique el estado de la AP:  Aprobada  Denegada  Pendiente  
¿Se ha iniciado una apelación?  Sí  No Si la respuesta es "sí", indique el estado de la AP:  Aprobada  Denegada  Pendiente  
Si la respuesta es "Aprobada", indique el monto del copago: \$ \_\_\_\_\_

**Adjunte cualquier aprobación o cartas de denegación pertinentes de la aseguradora.**

## 4. INFORMACIÓN CLÍNICA

\*ICD-10 del diagnóstico principal: \_\_\_\_\_ ICD-10 del diagnóstico secundario: \_\_\_\_\_  
\*Enumere los nombres de inhibidores de la tirosina cinasa (ITC) previos recibidos por línea de tratamiento:  
 1a línea: \_\_\_\_\_  2a línea: \_\_\_\_\_  3a línea: \_\_\_\_\_  
 4a línea y posteriores: \_\_\_\_\_

El paciente es:  Nuevo en QINLOCK  Toma actualmente QINLOCK Fecha de inicio de QINLOCK: \_\_\_\_\_  
Medicamento(s) actuales (enumerar todos): \_\_\_\_\_  
 Lista de medicamentos actuales incluida/adjunta  
Uso concomitante de un inductor moderado del CYP3A y QINLOCK (si procede):  Sí  No  
Alergias conocidas a fármacos: \_\_\_\_\_  
 Notas clínicas incluidas/adjuntas



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

### 7. FARMACIA ESPECIALIZADA PREFERIDA

QINLOCK<sup>®</sup> (ripretinib) está disponible a través de farmacias especializadas seleccionadas (PANTHERx Rare Pharmacy, Biologics y centros de dispensación en la consulta elegibles). Si la farmacia especializada preferida de su paciente no puede cubrir el plan de seguro de su paciente, Deciphera AccessPoint puede ayudarle a encontrar una farmacia donde surtir el medicamento.

Farmacia preferida del paciente:  PANTHERx Rare Pharmacy  Biologics  Centro de dispensación en la consulta elegible

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

NPI de la farmacia: \_\_\_\_\_ Nombre del contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

¿Ya se ha enviado una prescripción de QINLOCK a una farmacia?

Sí  No En caso afirmativo: Fecha de prescripción: \_\_\_\_\_ Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

### 8. MOTIVO DE LA DERIVACIÓN

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Apoyo de BI/AP/Apelación   | <input type="checkbox"/> Programa de asistencia al paciente                 |
| <input type="checkbox"/> Programa de asistencia con copago  | <input type="checkbox"/> Dispensación a través de una farmacia de la red    |
| <input type="checkbox"/> Inicio rápido (programa de suministro temporal para nuevos pacientes)      | <input type="checkbox"/> Formación y materiales de QINLOCK y GIST           |
| <input type="checkbox"/> Soporte Bridge (programa de suministro temporal para pacientes existentes) | <input type="checkbox"/> Programa de divulgación del personal de enfermería |

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

---

---

---

---

---

---

---

**Nota para los centros de dispensación en la consulta:** La participación en Deciphera AccessPoint no requiere la reorientación de las recetas desde los dispensadores en la consulta elegibles a farmacias especializadas. Confirme su elección de farmacia en la sección 7 de este formulario.

### 9. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE

(obligatoria para verificar si cumple con los requisitos para el Programa de asistencia al paciente)

N.º de miembros del hogar (incluido el solicitante): \_\_\_\_\_ Ingresos brutos anuales del hogar: \$ \_\_\_\_\_

