

Formulario de inscripción en Deciphera AccessPoint™

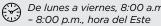
RELLENE TODO EL FORMULARIO, FÍRMELO Y ENVÍELO POR FAX A 1-833-DCPH-FAX (1-833-327-4329).

Deciphera AccessPoint acusará recibo. Para obtener ayuda, llame a Deciphera AccessPoint al 1-833-4DACCES (1-833-432-2237).

Acceda a un formulario de inscripción digital en DAPenroll.com, o prescriba directamente a Pharmacord Pharmacy (NCPDP número 1836191).

		-	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
*Denota un campo obligatorio. Si no se rel 1. INFORMACIÓN DEL PA		itorios pueden produ	cirse retrasos en el cu	mplimiento.	
*Nombre:					
	*Teléfono fijo:				
Dirección:				Código postal:	
Correo electrónico (requerido para algun		_	_		
Método de contacto preferido: O Llama					
Mejor momento para contactar: O Maña	na O larde O Noche Non	nbre dei cuidador:	IeI	etono dei cuidador:	
2. INFORMACIÓN DEL S	EGURO				
NOTA: Adjunte una copia de ambas cara	as de la(s) tarjeta(s) del segu	ıro del paciente.			
SEGURO PRINCIPAL	Cobertura	: O Medicare O	Medicaid O Come	rcial/Privado O Otro O	Sin seguro
Nombre de la aseguradora:					_
Teléfono:ID de la póliza	:Número d	e grupo:	Fecha de nacimie	ento del titular de la póliza:	
¿Tiene este paciente una tarjeta de bene	ficios de farmacia separada	? O Sí O No			
Nombre del administrador de beneficios	de farmacia:		ID de la	póliza:	
Número de grupo:	Número BIN:	Número	PCN:	Teléfono:	
SEGURO SECUNDARIO	Coherturs	. O Medicare O	Medicaid O Come	ercial/Privado O Otro O) Sin seguro
Nombre de la aseguradora:					_
Teléfono:ID de la póliza				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
¿Tiene este paciente una tarjeta de bene			r cond de ndomme	anto dei titulai de la poliza.	
Nombre del administrador de beneficios	•		ID de la	póliza:	
Número de grupo:					
3. ESTADO DEL SEGURO	DEL PACIENTE				
Un administrador de casos de Deciphera cualquier información de cobertura que	a AccessPoint verificará la co	bertura del seguro d	de su paciente para (≀INLOCK® (ripretinib). Com	parta
					_
¿Se ha iniciado una autorización previa					=
¿Se ha iniciado una apelación? O Sí	•	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	_) Aprobada () Denegada (Pendiente
Si la respuesta es "Aprobada", indique e					
Adjunte cualquier aprobación o cartas o	le denegación pertinentes de	e la aseguradora.			
4. INFORMACIÓN CLÍNIC	CA				
*ICD-10 del diagnóstico principal:		ICD-10 del dia	agnóstico secundario	:	
*Enumere los nombres de inhibidores de	e la tirosina cinasa (ITC) prev	ios recibidos por lín	ea de tratamiento:		
☐ 1a línea:	2a línea:		3a lí	nea:	
4a línea y posteriores:					
El paciente es: Nuevo en QINLOCK (Toma actualmente OINLO	CK Fecha de ini	icio de OINI OCK:		
Medicamento(s) actuales (enumerar too					
0 C Lista de medicamentos actuales in	·				
Uso concomitante de un inductor mode		si procede): O Sí	○ No		
Alergias conocidas a fármacos:	• •		_		
Notas clínicas incluidas/adjuntas					
1-833-4DACCES (1-833-432-2237)	De lunes a viernes, 8:00 a	.m. [] 1-833-DCF	PH-FAX (1-833-327-432	(29) .com decipheraaccesspe	oint.com











Formulario de inscripción en Deciphera AccessPoint™

Nombre del paciente: _____Fecha de nacimiento del paciente: ____ 5. INFORMACIÓN DEL PRESCRITOR *Nombre del prescriptor (nombre, apellido): __Título del prescriptor: _____ *Número de NPI: ______ Número de DEA: _____ Especialidad del prescriptor: _____ Nombre del centro/instalación: _____ *Ciudad: *Estado: *Código postal: *Dirección: _ Fax: Contacto de la consulta: *Teléfono: _____* Método de contacto preferido: 🔘 Teléfono 🔘 Correo electrónico 🔘 Fax Correo electrónico: ___ Nombre del prescriptor supervisor (nombre, apellido): Número de NPI del prescriptor supervisor: ____ 6. PRESCRIPCIÓN DE QINLOCK® (ripretinib) *Complete la sección A (Paciente nuevo) O la sección B (Paciente existente): A - PACIENTE NUEVO **B - PACIENTE EXISTENTE** QINLOCK (ripretinib) Rx Resurtidos: QINLOCK (ripretinib) Ongoing Rx Resurtidos: comprimidos de 50 mg, frasco de 90 unidades comprimidos de 50 mg, frasco de 90 unidades Dosis recomendada: 150 mg (3 comprimidos por vía oral una vez al día) Dosis recomendada: 150 mg (3 comprimidos por vía oral una vez al día) Dosis alternativa: Dosis alternativa: Dispensar tal y como está escrito, sin sustitución. Dispensar tal y como está escrito, sin sustitución. Firme aguí: Firma del prescriptor (sin sellos) Firma del prescriptor (sin sellos) QINLOCK (ripretinib) Rapid Start Rx QINLOCK (ripretinib) Bridge Rx 5 resurtidos 5 resurtidos comprimidos de 50 mg, frasco de 30 unidades comprimidos de 50 mg, frasco de 30 unidades Seleccione para un paciente nuevo, que aún no esté en tratamiento, Seleccionar para un paciente que ya ha estado en tratamiento, en caso de interrupción de la cobertura en caso de retraso relacionado con el seguro Dosis recomendada: 150 mg (3 comprimidos por vía oral una vez al día) Dosis recomendada: 150 mg (3 comprimidos por vía oral una vez al día) Dosis alternativa: Dosis alternativa: Dispensar tal y como está escrito, sin sustitución. Dispensar tal y como está escrito, sin sustitución. Firme aquí:___ Firme aquí: ___ Fecha: Firma del prescriptor (sin sellos) Firma del prescriptor (sin sellos)

Rapid Start: Los pacientes con un seguro privado o gubernamental reciben suministros para 10 días de QINLOCK® (ripretinib), hasta 60 días, en caso de retraso en las investigaciones de la cobertura del seguro. Los pacientes deben tener una prescripción autorizada y no deben solicitar el reembolso o crédito de dicha prescripción a ninguna aseguradora, plan de salud o proveedor. Al firmar arriba, certifico que entiendo los términos del programa de inicio rápido.

Bridge Program: Los pacientes con seguro privado o gubernamental pueden ser elegibles para recibir suministros para 10 días de QINLOCK® (ripretinib), hasta 60 días, en caso de que haya una brecha en la cobertura del seguro. Los pacientes no deben solicitar reembolsos ni créditos por esta receta a ninguna aseguradora, plan de salud o proveedor. Al firmar más arriba, certifico que entiendo los términos del Programa Bridge y acepto que no solicitar el reembolso de QINLOCK® (ripretinib) dispensado a través del Programa Bridge.

Todos, tenga en cuenta: Mi firma anterior certifica que la persona nombrada en este formulario es mi paciente, la información proporcionada, a mi leal saber y entender, es completa y precisa, y que el tratamiento con QINLOCK® (ripretinib) es médicamente necesario. 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 médica identificable individualmente incluida en este formulario al programa de apoyo al paciente Deciphera y Deciphera AccessPoint y entiendo que el programa utilizará la información que proporcione en este formulario para verificar la cobertura y la elegibilidad de mi paciente, coordinar la dispensación del medicamento con receta de mi paciente, y presentar a mi paciente los servicios de asistencia de Deciphera AccessPoint para QINLOCK® (ripretinib), incluido el contacto con mi paciente por teléfono o correo para estos fines. Autorizo a Deciphera AccessPoint para QINLOCK® (ripretinib) a transmitir la receta anterior a la farmacia especializada correspondiente para mi paciente. Entiendo que no tengo ninguna obligación de prescribir 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: Los prescriptores de todos los estados deben seguir las leyes aplicables para una prescripción válida. Para prescriptores en estados con requisitos oficiales de formularios de prescripción, envíe una prescripción real junto con este formulario de inscripción. Los médicos prescriptores pueden tener que enviar una receta electrónica a la farmacia especializada.



Accessi one	Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:
7. FARMACIA ESPECIALIZAD	A PREFERIDA	
QINLOCK® (ripretinib) está disponible a través dispensación en la consulta elegibles). Si la fa Deciphera AccessPoint puede ayudarle a enco	de farmacias especializadas sele armacia especializada preferida d ontrar una farmacia donde surtir e	eccionadas (PANTHERx Rare Pharmacy, Biologics y centros de e su paciente no puede cubrir el plan de seguro de su paciente, l medicamento. Centro de dispensación en la consulta elegible
Si la farmacia preferida es un centro de disper	<u> </u>	
Teléfono:		D:
¿Ya se ha enviado una prescripción de QINLO	CK a una farmacia?	Nombre de la farmacia:
8. MOTIVO DE LA DERIVACIÓN		
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	•	CK en función de sus necesidades individuales. ¿Cuáles odas las opciones que correspondan):
☐ Apoyo de BI/AP/Apelación		☐ Programa de asistencia al paciente
☐ Programa de asistencia con co	pago	Dispensación a través de una farmacia de la red
Inicio rápido (programa de sum nuevos pacientes)	inistro temporal para	☐ Formación y materiales de QINLOCK y GIST☐ Programa de divulgación del personal de enfermería
☐ Soporte Bridge (programa de su pacientes existentes)	ministro temporal para	— g
Cuéntenos más sobre el motivo de su o	derivación o proporciónenos cua	alquier información de antecedentes importante (opcional):
		ohera AccessPoint no requiere la reorientación de las recetas desde su elección de farmacia en la sección 7 de este formulario.
9. INFORMACIÓN FINANCIERA		Drograms do scietorais al pasiente)
•		l Programa de asistencia al paciente)
N." de miembros del hogar (incluido el solicita	ınte): Ir	ngresos brutos anuales del hogar: \$



Formulario de inscripción en Deciphera AccessPoint™

Manahua dal madiantar	Facha da masimuta dal masimuta.
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 QINLOCK® (ripretinib) (el "Programa"). Autorizo a Deciphera Pharmaceuticals y a sus filiales, socios comerciales, proveedores y otros agentes (conjuntamente, los "socios comerciales" y junto con Deciphera Pharmaceuticals, "Deciphera") a proporcionarme servicios para los que soy elegible en virtud del Programa. Dichos servicios pueden incluir comunicaciones y apoyo sobre medicación y cumplimiento, apoyo a la dispensación de medicación, cobertura de seguro y apoyo financiero, 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 con el copago si soy elegible. Si solicito la asistencia al paciente (medicamentos sin costo), autorizo al Programa a utilizar mi información personal para obtener un informe sobre mi historial de crédito individual de las agencias de notificación a los consumidores y utilizar ese informe y otra información recopilada del público y otras fuentes para verificar la información de este formulario y estimar mis ingresos para decidir si soy elegible para recibir medicamentos gratuitos. Previa solicitud, el Programa me proporcionará el nombre y la dirección de la agencia de notificación a los consumidores que proporciona el informe del consumidor.

proporcionará el nombre y la dirección de l			el consumidor.
los ingresos del hogar, es completa y pre	e pueda participar en estos programas ecisa. Entiendo que la asistencia del pro el reembolso de los mismos a ninguna	. Certifico que toda la informació grama terminará si el programa aseguradora, plan de salud o pro	n proporcionada en esta solicitud, incluidos tiene conocimiento de algún fraude. Si ograma gubernamental. Si recibo productos
		Si lo firma un representante del paci	ente:
Firme aquí:	Fecha:		
Firma del paciente o del rep	•	Nombre en letra de imprenta	Número de teléfono del representante del paciente
AUTORIZACIÓN PARA COMPA	ARTIR INFORMACION MEDIC	A	
de salud para su uso y divulgació (colectivamente, "Deciphera") de i tratamiento, seguros médicos y r QINLOCK® (ripretinib) (mi "Inform de apoyo al paciente de QINLOCK coordinar el cumplimiento de las cumplimiento; y (5) ponerse en code información promocional, y/o Deciphera. Una vez que mi inform privacidad ya no la protejan de su al utilizarla y divulgarla solo para la farmacia que dispensa mi QINI Deciphera y proporcionar servicio	n a Deciphera Pharmaceuticals, información médica sobre mí, in eclamaciones de cobertura, y la pación") para (1) inscribirme y pro (8 (ripretinib) (el "Programa"); (2) recetas según lo indicado por montacto conmigo para llevar a camateriales de marketing sobre la posterior divulgación. Sin emba os fines permitidos por mí en es LOCK® (ripretinib) pueda recibir pos del Programa.	y sus filiales, socios comer cluida información relacion prescripción (incluida la info porcionar servicios en Dec o obtener información sobre ni médico; (4) proporcionarr abo investigaciones de mer os programas de apoyo de phera, entiendo que es pos argo, también entiendo que sta autorización o según lo r pagos de Deciphera a camb	formación de surtido/resurtido) de siphera AccessPoint para el programa el mi cobertura de seguro; (3) me recordatorios y apoyo sobre el reado y para organizar la recepción el Deciphera o los productos de ible que las leyes federales de Deciphera protegerá mi información requiera la ley. Entiendo y acepto que pio de revelar mi Información a
para obtener tratamiento médic médico ni a mi acceso a los me podré participar en el programa continuación, o según lo exija la ese momento. Puedo cambiar o (1-833-432-2237) o notificándo	co de mis proveedores de atendedicamentos de Deciphera. Sin dicamentos de Deciphera. Sin . Entiendo que esta autorizació l legislación estatal o local, a m de opinión y cancelar esta auto lo a Deciphera por escrito a PO so y la divulgación de mi inforn ni información realizada por m médicas sobre la base de esta	ción médica, a mi elegibilio embargo, si no firmo esta on caduca diez años despi enos y hasta que cancele orización en cualquier mor Box 5490 Louisville, KY 4 nación y de mi participacio is proveedores de atenció autorización antes de reci	ués de la fecha de firma a (retire) esta autorización antes de mento llamando al 1-833-4DACCES 0255. La cancelación de esta ón en el Programa, pero no afectará n médica y su personal, mis ibir la cancelación.
Firme aquí:	Fecha:		
Firma del paciente o del rep		Nombre en letra de imprenta	Número de teléfono del representante del paciente

© 2023 Deciphera Pharmaceuticals. La palabra QINLOCK® es una marca comercial registrada de Deciphera Pharmaceuticals, LLC. Deciphera, Deciphera Pharmaceuticals, Deciphera AccessPoint y el logotipo de Deciphera AccessPoint son marcas comerciales de Deciphera Pharmaceuticals, LLC. Todos los derechos reservados. DCPH-P01283 A 10/23