

Formulario de inscripción y respaldo integral de Rubraca



Recomendamos completar en su totalidad cada sección del formulario que sea aplicable a usted, ya que las circunstancias pueden cambiar. Completar el formulario puede evitar demoras en la cobertura.

Envíe por fax el formulario completo al 1-844-779-7717. ¿Preguntas? Llame al 1-844-779-7707.

Nueva solicitud

Ya enviada a la farmacia especializada, solicitando servicios

Programas de respaldo integral de Rubraca Connections (seleccione a continuación todas las opciones que correspondan)*

Programas relacionados con seguros

Dirección de autorización previa y apelación, educación

Investigación de beneficios únicamente: NO reenvíe a una farmacia especializada (SP)

Programa de inicio rápido

Programa de enlace de cobertura (cambio en la cobertura comercial)

Asistencia financiera

Programa de asistencia con los copagos de Rubraca

Programa de asistencia al paciente

Recursos para usted

Programa de apoyo mediante mensajes de texto Clovis4YOU™. Al marcar este recurso, recibirá un mensaje de texto para comenzar la inscripción en el programa.

Kit de inicio para pacientes Rubraca

Apoyo personalizado de Gerente de experiencia clínica de oncología de Clovis

Notificación de la fundación de copago

*Todos los programas y el apoyo están sujetos a requisitos de elegibilidad.

A INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente (nombre y apellido)

de registro médico del paciente

¿Paciente de mantenimiento? Sí No

Fecha de nacimiento(mm/dd/aaaa)

Edad

Sexo

M

F

Últimos 4 dígitos del NSS

Dirección

Ciudad

Código postal

Estado

Teléfono residencial

Celular

E-mail

¿Necesita ayuda con el idioma? No

Sí (especifique el idioma)

Nombre de la pareja cuidadora (nombre y apellido)

Teléf. de la pareja cuidadora

B INFORMACIÓN DEL SEGURO

Complete y adjunte una copia legible del frente/reverso de la tarjeta de beneficios de farmacia del paciente.

(La tarjeta que el paciente muestra en la farmacia para comprar medicamentos. Puede causar demoras si no se proporciona).

¿Tiene algún tipo de cobertura de medicamentos recetados? Sí No

En caso afirmativo, proporcione información sobre todos los planes:

Es posible que se requiera prueba de denegación de la cobertura de Rubraca.

Asegurador

Nombre del plan

Número de póliza

Asegurador secundario

Nombre del plan

Número de póliza

Número de BIN

El paciente afirma que no tiene seguro

Otro VA o TRICARE

Medicaid (Estado)

Medicare Parte D (Nombre del pagador)

Programa de "Ayuda adicional" del Seguro Social Sí No

¿Cuánto de su ingreso anual del hogar ha gastado en medicamentos con receta, si lo sabe? \$

C PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE (PAP) DE RUBRACA CONNECTIONS

Si el paciente no tiene seguro o no puede pagar los medicamentos y desea solicitar el Programa de asistencia al paciente (PAP) de Rubraca Connections, complete lo que se requiere a continuación. La solicitud del paciente puede estar sujeta a auditoría o solicitud de información adicional. Es posible que se requiera prueba de denegación de la cobertura de Rubraca.

Ingreso anual bruto del hogar \$
(Antes de impuestos y gastos)

Tamaño del hogar
(Paciente, cónyuge y dependientes incluidos en la declaración de impuestos)

La política de Rubraca Connections prohíbe al profesional que receta cobrarle al paciente una tarifa por inscripción u otras actividades relacionadas con la participación del paciente en el Programa de asistencia al paciente de Rubraca Connections. No se puede realizar ninguna reclamación a ningún tercero pagador (p. ej., Medicaid, Medicare, seguro privado, etc.) para el pago del producto proporcionado bajo el Programa de asistencia al paciente (PAP) de Rubraca Connections. Los pacientes no pueden solicitar el reembolso de su plan de la Parte D ni de ningún otro asegurador por el producto gratuito que reciben a través del PAP.

El producto no se puede utilizar para revenderlo, devolverlo para obtener crédito ni para compartirlo con otros pacientes. Clovis se reserva el derecho de rescindir, revocar o cambiar el programa en cualquier momento sin previo aviso. Visite RubracaConnections.com para conocer todos los términos y condiciones y los criterios de elegibilidad.

Nota: si el paciente no proporciona una firma a continuación, se obtendrá en una etapa posterior el consentimiento para la inscripción en el Programa de asistencia al paciente de Rubraca Connections.

Se proporcionan medicamentos gratuitos a los pacientes con Medicare Parte D al margen del beneficio de Medicare Parte D. El producto gratuito recibido no se tomará en cuenta a favor de los gastos de bolsillo reales (TrOOP) de Medicare del paciente por medicamentos recetados.

Certifico que no solicitaré reembolso o crédito por este medicamento de ningún asegurador, plan de salud o programa gubernamental, incluidos Medicare y Medicaid.

D CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE CON RESPECTO AL PROGRAMA

Todos los pacientes deben leer lo siguiente y proporcionar una firma para poder usar Rubraca Connections.

Autorizo a mis proveedores de atención médica, planes de salud y farmacias (colectivamente, "Organizaciones de atención médica") a usar y compartir mi información médica personal (PHI) relacionada con mi afección médica y el tratamiento con Rubraca (mi "PHI") con Clovis Oncology y sus agentes, contratistas externos o sus proveedores de servicio autorizados para administrar sus programas de apoyo al paciente ("Rubraca Connections") (i) para asistencia con reembolsos, (ii) para remisión e inscripción en programas de apoyo al paciente y/o asistencia financiera, (iii) para proporcionarme materiales e información sobre mi tratamiento u otros programas relacionados con mi tratamiento con medicamentos y para inscribirme en esos programas si lo solicito, (iv) para contactarme con fines de investigación de mercado sobre Rubraca y Rubraca Connections, (v) para mejorar la calidad de las operaciones de Rubraca Connections, o (vi) según lo requiera o permita la ley. Autorizo a Rubraca Connections, Clovis y sus agentes, contratistas externos o sus proveedores de servicio autorizados para administrar el programa a usar mi nombre, fecha de nacimiento y dirección para estimar mis ingresos junto con el proceso de determinación de elegibilidad y/o información demográfica adicional para acceder a mi información crediticia e información derivada de fuentes públicas y otras fuentes para estimar mis ingresos junto con el proceso de determinación de elegibilidad. Entiendo que, una vez divulgada de conformidad con esta autorización, es posible que mi PHI ya no esté protegida por la ley federal o estatal y Rubraca Connections podría divulgarla a otros, pero entiendo que Rubraca Connections hará todos los esfuerzos razonables para mantenerla privada y divulgarla sólo para el propósito establecido en esta autorización. Entiendo que mi farmacia puede recibir pagos de Clovis Oncology en relación con (i) la divulgación de mi información médica a Rubraca Connections para los fines permitidos en esta autorización, incluidos, entre otros, los fines de investigación de mercado y (ii) el uso de mi PHI para comunicarse con los productos o servicios de Clovis Oncology. Entiendo que mi autorización es voluntaria y que mis proveedores de atención médica, planes de salud y farmacias no pueden basar mi tratamiento, pago por tratamiento, inscripción o elegibilidad para beneficios, en si firmo esta autorización. Sin embargo, si no firmo esta autorización, puede afectar la posibilidad de poder inscribirme en Rubraca Connections. Entiendo que esta autorización seguirá siendo válida durante 5 años después de la fecha de mi firma o una fecha anterior según lo requiera la ley aplicable, a menos que la revoque antes mediante la cancelación de mi inscripción, lo que puedo hacer escribiendo a PO Box 7613, Overland Park, KS 66207 en cualquier momento. Entiendo que mi cancelación no se aplicará a ningún uso o divulgación de mi información médica por parte de mis proveedores de atención médica, planes de salud o farmacias que se haya llevado a cabo antes de que reciban el aviso de mi cancelación.

Firma del paciente (necesaria)

Fecha

Consentimiento verbal obtenido por

Escribir en letra de imprenta el nombre y apellido del paciente

Nombre y apellido del representante legal (si el paciente no puede firmar)

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, describa su autoridad legal/poder notarial para firmar en nombre del paciente (p. ej., tutor, custodio, poder notarial de atención médica).

E INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE RECETA

Nombre del profesional que receta				E-mail
Nombre del consultorio/centro	Centro del programa 340B	Sí #	No	Desconocido
NPI #	DEA#			
Dirección				
Ciudad		Código postal	Estado	
Persona de contacto en oficina				
Teléfono	Fax	E-mail		
Consultor financiero (si se conoce)				
Teléfono	E-mail			

Usar el dispensario (IOD) de mi consultorio (**NO** reenviar a farmacia especializada)

Enviar a la misma dirección que el Centro

Enviar a una dirección diferente

Es posible que prefiramos una farmacia especializada de la red Rubraca (nombre de farmacia especializada)

Sin preferencia de farmacia especializada

F DIAGNÓSTICO Y PRESCRIPCIÓN

Complete la prescripción de Rubraca en el espacio provisto a continuación o adjunte la receta por separado.

Nombre del paciente (nombre y apellido) Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Diagnóstico de cáncer de ovario (proporcionar el código ICD-10)

Diagnóstico de cáncer de próstata (proporcionar el código ICD-10)

Medicamento: Rubraca DAW (dispensar según está escrito)

Dosis	300 mg	250 mg	200 mg	Suministro de días	30 días	Cantidad	Reabastecimientos
-------	--------	--------	--------	--------------------	---------	----------	-------------------

El Programa de inicio rápido de Rubraca Connections

Dosis	300 mg	250 mg	200 mg	Suministro de días	15 días	Cantidad	Reabastecimientos (3 máx.)
-------	--------	--------	--------	--------------------	---------	----------	----------------------------

Instrucciones de uso

La dosis inicial y el horario de toma recomendados de Rubraca es de 600 mg por vía oral dos veces al día. Si su paciente omite una dosis de Rubraca, indíquele que tome la siguiente dosis a la hora habitual programada. Su paciente no debe tomar una dosis adicional para compensar la dosis que no se tomó.

Instrucciones de uso del profesional que receta

Firma del MD/NP/PA

Fecha

He determinado que Rubraca es medicamento apropiado para el tratamiento del paciente y autorizo a Rubraca Connections a transmitir la receta adjunta en mi nombre a la farmacia especializada seleccionada o al dispensario del consultorio y a recibir información sobre el estado y asuntos relacionados.

G PROGRAMA DE INICIO RÁPIDO

El Programa de inicio rápido de Rubraca Connections ayuda a los pacientes a iniciar Rubraca si experimentan retrasos, independientemente de sus ingresos o seguro. Los pacientes elegibles reciben un suministro del producto para 15 días por hasta 60 días (2 meses) durante la tramitación de las investigaciones de cobertura de seguro o recursos de financiación alternativos. Se aplican los siguientes términos y condiciones:

- Los pacientes deben cumplir con los criterios de diagnóstico y cobertura para ser elegibles. **Verifique si su estado requiere una receta por separado para el Programa de inicio rápido de Rubraca Connections.** Los pacientes elegibles pueden recibir suministro de producto por hasta 60 días solamente, en incrementos de 15 días, si un problema de cobertura persiste durante ese período de tiempo. No es necesario realizar ninguna compra. El producto no se puede usar para revender ni compartir con otros pacientes ni facturar a ninguna compañía de seguros. Los pacientes pueden llamar al 1-844-779-7707 para averiguar si son elegibles para este programa. Clovis se reserva el derecho de cambiar los términos y condiciones del programa o terminar el programa sin previo aviso.

Entrega de inicio rápido Hogar del paciente Oficina del prescriptor

Visite RubracaConnections.com para conocer todos los Términos y condiciones y los criterios de elegibilidad.

H PROGRAMA DE ENLACE DE COBERTURA

El Programa de enlace de cobertura de Rubraca Connections (Cambio en la cobertura comercial) proporciona un suministro gratuito de Rubraca en incrementos de 15 días (hasta 90 días) para pacientes elegibles que experimentan un cambio en el estado del seguro comercial, que incluye el cambio a un nuevo asegurador después de un cambio de trabajo o cambio de planes durante el período de inscripción anual de un empleador.

Firma del prescriptor

Fecha

Obtenga respaldo por mensaje de texto con **Clovis4YOU™**

Clovis4YOU™ es un programa de respaldo por mensaje de texto diseñado para ayudar a los pacientes durante el tratamiento. Los pacientes pueden recibir información útil, consejos y recordatorios para personalizar su experiencia.

¿Para qué se utiliza Rubraca?

Rubraca es un medicamento recetado que se usa para:

- El tratamiento de mantenimiento de mujeres adultas con cáncer de ovario, cáncer de trompas de Falopio o cáncer peritoneal primario cuyo cáncer ha regresado y que responden (completa o parcialmente) a una quimioterapia basada en platino
- El tratamiento de mujeres adultas con cáncer de ovario, cáncer de las trompas de Falopio o cáncer peritoneal primario que tienen ciertas mutaciones en el gen "BRCA", hereditarias (en la línea germinal) o adquiridas (somáticas), y que han recibido tratamiento con 2 quimioterápicos o más. El médico le hará una prueba para ver si Rubraca es adecuado en su caso
- El tratamiento del cáncer de próstata resistente a la castración (cáncer de próstata que ya no responde al tratamiento médico o quirúrgico que reduce la testosterona):
 - que se ha diseminado a otras partes del cuerpo, y
 - Tiene un cierto tipo de gen BRCA anormal heredado (línea germinal) o adquirido (somático), y ha sido tratado con ciertos medicamentos para su cáncer

Rubraca se aprobó en función de la tasa de respuesta y la duración de las respuestas de los pacientes. Hay estudios en curso para confirmar el beneficio clínico de Rubraca. Su proveedor de atención médica realizará una prueba para asegurarse de que Rubraca sea adecuado para usted.

No se sabe si Rubraca es seguro y efectivo en niños.

¿Qué advertencias debo saber sobre Rubraca?

Las tabletas de Rubraca pueden causar efectos secundarios graves, incluso un problema de la médula ósea llamado síndrome mielodisplásico (SMD) o un tipo de cáncer de la sangre llamado leucemia mieloide aguda (LMA). Algunas personas que tienen cáncer de ovario y que han recibido tratamiento previo con quimioterapia o ciertos medicamentos para el cáncer han desarrollado SMD o LMA durante o después del tratamiento con Rubraca. El SMD o la LMA pueden conducir a la muerte. Si desarrolla SMD o LMA, su proveedor de atención médica suspenderá el tratamiento con Rubraca.

No debe usar Rubraca si usted:

- Está embarazada o planea quedar embarazada. Rubraca puede dañar al feto y provocar la pérdida del embarazo (aborto espontáneo). No debe quedarse embarazada durante el tratamiento con Rubraca.
 - Si puede quedar embarazada, su proveedor de atención médica puede hacerle una prueba de embarazo antes de comenzar el tratamiento con Rubraca
 - Las mujeres que pueden quedar embarazadas deben usar un método anticonceptivo eficaz durante el tratamiento y hasta al menos 6 meses después de recibir la última dosis de Rubraca
 - Hable con su proveedor de atención médica sobre los métodos anticonceptivos que pueden ser adecuados para usted
 - Informe a su proveedor de atención médica de inmediato si queda embarazada
- Está amamantando o planea amamantar. No se sabe si Rubraca pasa a la leche materna. No amamante durante el tratamiento y hasta 2 semanas después de la última dosis de Rubraca. Hable con su proveedor de atención médica sobre la mejor manera de alimentar a su bebé durante este tiempo.

Si es un hombre con una pareja que está embarazada o puede quedar embarazada, se debe utilizar un método anticonceptivo eficaz durante el tratamiento y durante 3 meses después de la última dosis de Rubraca. No done espermatozoides durante el uso y durante 3 meses después de la última dosis de Rubraca.

¿Qué otra información importante debo saber sobre Rubraca?

Su proveedor de atención médica le realizará análisis de sangre antes de empezar, y todos los meses durante el tratamiento con Rubraca para controlar sus recuentos de células sanguíneas. Se realizarán análisis de sangre semanales si tiene recuentos bajos de células sanguíneas durante mucho tiempo. Su proveedor de atención médica puede suspender el tratamiento con Rubraca hasta que mejore su recuento de células sanguíneas.

Evite pasar tiempo al sol mientras tome Rubraca, ya que su piel puede volverse más sensible al sol y quemarse más fácilmente. Debe usar un sombrero y ropa que le cubra la piel y usar protector solar para ayudar a protegerse contra las quemaduras solares si tiene que estar expuesto a la luz solar.

¿Cuáles son los efectos secundarios de Rubraca?

Los efectos secundarios más comunes en las mujeres que participaron en los estudios clínicos de Rubraca fueron náuseas, cansancio/debilidad, dolor de estómago, sarpullido, alteración del gusto, disminución de la hemoglobina, cambios en los análisis de sangre de la función hepática o renal, estreñimiento, vómitos, diarrea, disminución de las plaquetas, infección del tracto respiratorio superior, llagas en la boca, disminución del apetito, falta de aire y disminución del recuento de glóbulos blancos.

Los efectos secundarios más comunes para los hombres en los estudios clínicos de Rubraca fueron debilidad/fatiga, náuseas, disminución del recuento de glóbulos rojos, cambios en las pruebas de función hepática, disminución del apetito, estreñimiento, erupción cutánea, disminución del recuento de plaquetas, vómitos y diarrea.

¿Qué otros medicamentos pueden interactuar con Rubraca?

Rubraca puede aumentar la cantidad de otros medicamentos que esté tomando, lo que puede incrementar el riesgo de efectos secundarios. Informe a su proveedor de atención médica sobre todas sus afecciones médicas y todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos recetados y de venta libre, las vitaminas y los suplementos de hierbas.

Puede informar los efectos secundarios llamando a la FDA al 1-800-FDA-1088 o en www.fda.gov/medwatch. También puede informar los efectos secundarios a Clovis Oncology, Inc. llamando al 1-415-409-7220 (número de pago en los EE. UU.) o al 1-844-CLVS-ONC (1-844-258-7662; número gratuito en los EE. UU.).

Consulte la Información importante adicional sobre la seguridad en el reverso.

