Fax: 1-844-287-2559

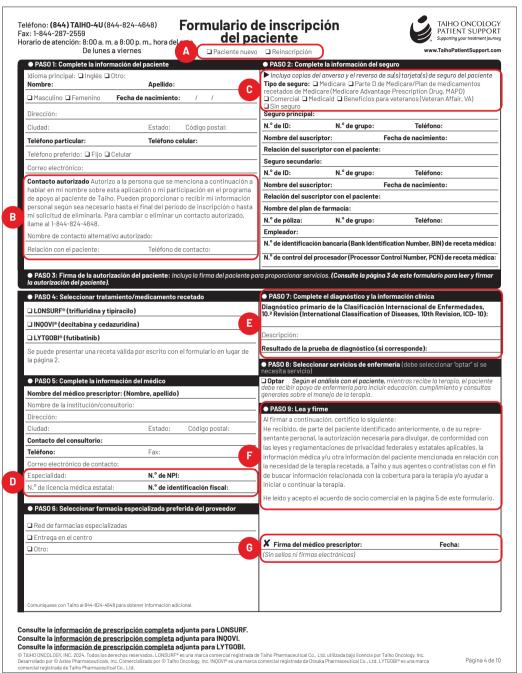
Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este

De lunes a viernes



Instrucciones para completar el formulario de inscripción del paciente

Las áreas resaltadas a continuación son secciones que a menudo se pasan por alto. Revíselas para asegurarse de que está completando el formulario correctamente. Es importante completar todos los campos obligatorios, incluidas las firmas del paciente y del médico, para evitar demoras en el tratamiento.



A. Seleccione si el paciente es NUEVO o se está reinscribiendo en el programa.

PASO 1: Complete la información del paciente

B. Revise el consentimiento del contacto autorizado y asegúrese de que el paciente comprenda el tipo de información que se compartirá si elige un contacto autorizado alternativo. Si el paciente está de acuerdo, pídale que complete los campos de esta sección.

PASO 2: Complete la información del seguro

C. Seleccione el tipo de seguro. Incluya copias del anverso y el reverso de todas las tarjetas del seguro. Si el paciente no tiene seguro, continúe con el paso 3 en esta página. Además, complete el formulario del programa de asistencia al paciente en la página 6 del formulario de inscripción.

PASO 5: Complete la información del médico

D. El proveedor de atención médica que emite la receta debe completar los campos de número de identificador nacional de proveedores (National Provider Identifier, NPI) y número de identificación (ID) fiscal, ya que algunos planes de salud requieren ambos.

PASO 7: Complete el diagnóstico y la información clínica

E. Proporcione documentación para todos los resultados de las pruebas. Se puede adjuntar documentación a este formulario.

PASO 9: Lea y firme

- F. El proveedor de atención médica que emite la receta debe leer el acuerdo de la página 5 del formulario de inscripción.
- G. El proveedor de atención médica que emite la receta debe firmar y fechar el formulario. No se aceptan sellos ni firmas electrónicas, y el formulario no se procesará.

Fax: 1-844-287-2559

Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este

De lunes a viernes



Nombre del paciente: (Primer n	ombre, inicial del segundo nombre, ape	ellido)	
Fecha de nacimiento del pacien	ite:		
	o con el formulario en lugar de completar esta sección.		
LONSURF® (trifluridina y tipiracilo) Dosis aprobada por la FDA			
LONSURF se calcula por área de superfici	ie corporal (ASC).	Calculadora	de dosis
• La dosis aprobada por la Administración de	Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administratio		
es de 35 mg/m² (según el componente de — Redondee la dosis al incremento de 5 m	trifluridina) dos veces al día con alimentos.		鍉
No exceda los 80 mg por dosis (160 mg p			
31	días 1 a 5 y los días 8 a 12 de cada ciclo de tratamiento de 21	R días.	
Altura(cm): Peso(kg):	ASC (m²):		ear.
	días 1 a 5, luego descanse durante 2 días, luego		
Tome mg 2 veces por dia durante los d			
	g: Renovaciones: 20 mg: Renovaciones	s:	
Indicaciones (alternativo a lo anterior):		_	
INQOVI® (decitabina y cedazuridina)			
Dosis aprobada por la FDA			
Tome 1 comprimido por día, los días 1 a 5,			
N.º de comprimidos por ciclo: Renova			
Indicaciones (alternativo a lo anterior):			
LYTGOBI® (futibatinib)			
Dosis aprobada por la FDA			
• 20 mg una vez al día.			
Ciclo de tratamiento de 28 días. Al aplantica and VTOOPL al aplantica a paga el ser el	:	16	
	iptor confirma la presencia de fusión del receptor 2 de growth factor receptor 2, FGFR2) u otro reordenamie		
Tome mg una vez al día. Renovacione	s:		
Indicaciones (alternativo a lo anterior):			
Al firmer a continue sión contifica que	la terapia indicada anteriormente es médicame	unto monoconio v sutovino o Toib	
•	ta mencionada anteriormente, por fax u otro m	-	-
la red de Taiho Oncology Patient Suppo	ort.	•	
X Firma del médico prescriptor:		Fecha:	
(Sin sellos ni firmas electrónicas)	(Sustitución permitida)	геспа:	
	•		
X Firma del médico prescriptor:		Fecha:	
(Sin sellos ni firmas electrónicas)	(Entregar como está escrito)		
► El prescriptor debe cumplir con todos los re	equisitos de receta específicos del estado.		

- H. Los proveedores de atención médica pueden presentar una receta por escrito en lugar de completar esta parte del formulario de inscripción.
- I. El proveedor de atención médica debe completar todos los campos para el fármaco que se receta.
- J. La calculadora de dosis puede ayudar a calcular la dosis apropiada de LONSURF y crear un calendario de tratamiento para sus pacientes.
- K. El proveedor de atención médica que emite la receta debe firmar y fechar la receta. No se aceptan sellos ni firmas electrónicas, y el formulario no se procesará.

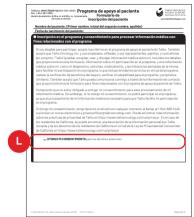
Fax: 1-844-287-2559

Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este

De lunes a viernes



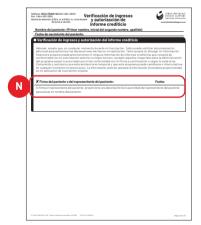
Instrucciones para las páginas 6 a 10 del formulario de inscripción del paciente



L. La página 6 del formulario se aplica a los pacientes sin seguro o a aquellos con un seguro insuficiente. Estos pacientes deben otorgar su consentimiento para la verificación electrónica de la información médica y/o proporcionar documentación adicional para determinar la elegibilidad para el apoyo del programa.



M. El paciente o su representante autorizado deben firmar la página 7 del formulario de inscripción. La aplicación no se procesará si la página no está firmada.



N. El paciente o su representante autorizado deben firmar la página 9 del formulario de inscripción. La aplicación no se procesará si la página no está firmada.



0. El proveedor de atención médica que emite la receta debe firmar al final de la página 10 del formulario de inscripción.

Fax: 1-844-287-2559

Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este De lunes a viernes

Formulario de inscripción del paciente ☐ Paciente nuevo ☐ Reinscripción

TAIHO ONCOLOGY PATIENT SUPPORT Supporting your treatment journey

www.TaihoPatientSupport.com

● PASO 1: Complete la información del paciente		PASO 2: Complete la ir	nformación del s	seguro	
Idioma principal: □ Inglés □ Otro: Nombre: Apellido:		► Incluya copias del anverso y el reverso de su(s) tarjeta(s) de seguro del paciente Tipo de seguro: □ Medicare □ Parte D de Medicare/Plan de medicamentos			
☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de nacimiento: / /		recetados de Medicare (Medicare Advantage Prescription Drug, MAPD) Comercial Medicaid Beneficios para veteranos (Veteran Affair, VA)			
Dirección:		Sin seguro Seguro principal:			
Ciudad: Estado:	Código postal:	N.° de ID:	N.° de grupo:	Teléfono:	
Teléfono particular: Teléfono cel	ular:	Nombre del suscriptor:		Fecha de nacimiento:	
Teléfono preferido: □ Fijo □ Celular		Relación del suscriptor con el paciente:			
Correo electrónico:		Seguro secundario:			
Contacto autorizado Autorizo a la persona que se me	nciona a continuación a	-	N.° de grupo:	Teléfono:	
hablar en mi nombre sobre esta aplicación o mi partic	ipación en el programa	Nombre del suscriptor: Fecha de nacimiento:			
de apoyo al paciente de Taiho. Pueden proporcionar o personal según sea necesario hasta el final del período		Relación del suscriptor con el paciente: Nombre del plan de farmacia:			
mi solicitud de eliminarla. Para cambiar o eliminar un		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	N.° de grupo:	Teléfono:	
llame al 1-844-824-4648.		N. de grupo: Telerono: Empleador:			
Nombre de contacto alternativo autorizado:		N.° de identificación band	aria (Bank Ident	ification Number, BIN) de receta médica:	
Relación con el paciente: Teléfono de d	contacto:	N.° de control del procesa	ador (Processor	Control Number, PCN) de receta médica:	
 PASO 3: Firma de la autorización del paciente: Inclu la autorización del paciente). 	ya la firma del paciente pai	ra proporcionar servicios. ((Consulte la págin	na 3 de este formulario para leer y firmar	
PASO 4: Seleccionar tratamiento/medicamento rec	cetado	PAS0 7: Complete el di			
□ LONSURF® (trifluridina y tipiracilo)		Diagnóstico primario de 10.ª Revisión (Internation	la Clasificació al Classification	n Internacional de Enfermedades, n of Diseases, 10th Revision, ICD- 10):	
□ INQOVI® (decitabina y cedazuridina)					
□ LYTGOBI® (futibatinib)		Descripción:			
Se puede presentar una receta válida por escrito con el	formulario en lugar de	Resultado de la prueba de diagnóstico (si corresponde):			
la página 2.		● PASO 8: Seleccionar servicios de enfermería (debe seleccionar "optar" si se necesita servicio)			
PASO 5: Complete la información del médico				e, mientras recibe la terapia, el paciente	
Nombre del médico prescriptor: (Nombre, apellido)		debe recibir apoyo de enfermería para incluir educación, cumplimiento y consultas generales sobre el manejo de la terapia.			
Nombre de la institución/consultorio:		● PASO 9: Lea y firme			
Dirección:		Al firmar a continuación,			
Ciudad: Estado:	Código postal:	'	•	icado anteriormente, o de su repre- aria para divulgar, de conformidad con	
Contacto del consultorio: Teléfono: Fax: Correo electrónico de contacto:				nd federales y estatales aplicables, la	
				del paciente mencionada en relación con	
Especialidad: N.° de NPI:		la necesidad de la terapia recetada, a Taiho y sus agentes o contratistas con e de buscar información relacionada con la cobertura para la terapia y/o ayudar			
	ficación fiscal:	iniciar o continuar la tera			
		He leído y acepto el acuer	rdo de socio com	nercial en la página 5 de este formulario.	
PASO 6: Seleccionar farmacia especializada prefer	ida del proveedor				
☐ Red de farmacias especializadas					
☐ Entrega en el centro		V		·	
☐ Otro:		X Firma del médico pre		Fecha:	
		(Sin Selios ni Tirmas electr	unicas)		
Comuníquese con Taiho al 844-824-4648 para obtener información adicio	nal.				

Consulte la información de prescripción completa adjunta para LONSURF. Consulte la información de prescripción completa adjunta para INQOVI. Consulte la información de prescripción completa adjunta para LYTGOBI.

Información de la receta

Fax: 1-844-287-2559

Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este

De lunes a viernes



www.TaihoPatientSupport.com

Nombre del paciente: (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento del pacien	te:	
Se puede presentar una receta válida por escrito	con el formulario en lugar de completar esta sección.	
LONSURF® (trifluridina y tipiracilo) Dosis aprobada por la FDA		
• LONSURF se calcula por área de superficie	e corporal (ASC).	Calculadora de dosis
 La dosis aprobada por la Administración de A es de 35 mg/m² (según el componente de t 	limentos y Medicamentos (Food and Drug Administrat rifluridina) dos veces al día con alimentos.	
— Redondee la dosis al incremento de 5 mo	g más cercano.	
— No exceda los 80 mg por dosis (160 mg p	or día).	7878228
• Los días de tratamiento activo incluyen los dí	as 1 a 5 y los días 8 a 12 de cada ciclo de tratamiento de	28 días.
Altura (cm): Peso (kg):	ASC (m²):	
Tome mg 2 veces por día durante los di	as 1 a 5, luego descanse durante 2 días, luego	
Tome mg 2 veces por día durante los di	as 8 a 12 y luego descanse durante 16 días.	
N.° de comprimidos por ciclo de 28 días: 15 mg	: Renovaciones: 20 mg: Renovacion	nes:
Indicaciones (alternativo a lo anterior):		
INQOVI® (decitabina y cedazuridina) Dosis aprobada por la FDA		
• Tome 1 comprimido por día, los días 1 a 5, c	ada ciclo de tratamiento de 28 días.	
N.° de comprimidos por ciclo: Renova	ciones:	
Indicaciones (alternativo a lo anterior):		
LYTGOBI® (futibatinib) Dosis aprobada por la FDA		
• 20 mg una vez al día.		
• Ciclo de tratamiento de 28 días.		
	otor confirma la presencia de fusión del receptor 2 growth factor receptor 2, FGFR2) u otro reordenam	
Tome mg una vez al día. Renovaciones		
Indicaciones (alternativo a lo anterior):		
	a terapia indicada anteriormente es médicar a mencionada anteriormente, por fax u otro rt.	
X Firma del médico prescriptor:		Fecha:
(Sin sellos ni firmas electrónicas)	(Sustitución permitida)	
X Firma del médico prescriptor:		Fecha:
(Sin sellos ni firmas electrónicas)	(Entregar como está escrito)	
► El prescriptor debe cumplir con todos los red	quisitos de receta específicos del estado.	

Consulte la información de prescripción completa adjunta para LONSURF. Consulte la información de prescripción completa adjunta para INQOVI. Consulte la información de prescripción completa adjunta para LYTGOBI.

Teléfono: (844) TAIHO-4U (844-824-4648) Programa de apoyo al paciente

Fax: 1-844-287-2559

Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este De lunes a viernes

Formulario de inscripción del paciente



Nombre del paciente: (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento del paciente:

Inscripción en el programa y consentimiento para procesar información médica con fines relacionados con el programa

Si soy elegible para participar, acepto inscribirme en el programa de apoyo al paciente de Taiho. También acepto que Taiho Oncology, Inc. y sus empleados, afiliadas, y sus representantes, agentes, y contratistas (en conjunto, "Taiho") puedan recopilar, usar, y divulgar información médica sobre mí, incluidos los detalles que proporcioné en este formulario, información sobre mi participación en el programa, y otra información médica sobre mí, como mi diagnóstico, síntomas, medicamento, y las inferencias derivadas de la misma, para facilitar mi participación en el programa, lo que incluye brindarme servicios en virtud del programa, realizar la verificación de beneficios del seguro, verificar mi elegibilidad para el programa, y propósitos similares. También acepto que Taiho pueda comunicarse conmigo a través de la información de contacto que proporcioné en este formulario para fines relacionados con el programa de apoyo al paciente de Taiho.

Comprendo que no estoy obligado a otorgar mi consentimiento para este procesamiento de mi información médica. Sin embargo, si no otorgo mi consentimiento, no podré participar en el programa, ya que el procesamiento de mi información médica es necesario para que Taiho facilite mi participación en el programa.

Si otorgo mi consentimiento, tengo derecho a retirarlo en cualquier momento al llamar al 1-844-688-2446 o al enviar un correo electrónico a privacyofficer@taihooncology.com. Puede encontrar más información sobre las prácticas de privacidad de Taiho en https://www.taihooncology.com/us/privacy/. En el caso de los residentes de California, se puede encontrar una descripción de la información personal que Taiho recopila y de los derechos de los residentes de California en virtud de la Ley de Privacidad del Consumidor de California en https://www.taihooncology.com/us/privacy/

OTORGO MI CONSENTIMIENTO	para los términos anteriores.
--------------------------	-------------------------------

Fax: 1-844-287-2559

Autorización del paciente

Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este

De lunes a viernes



Nombre del paciente: (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento del paciente:

Autorización del paciente para divulgar información médica

Se requiere una autorización del paciente para proceder con los servicios. Lea y firme la autorización del paciente a continuación.

Comprendo que la recopilación, el uso y la divulgación de mi información médica protegida (incluidos, entre otros, el nombre, la dirección, el número de seguro social, el número de teléfono, la información del seguro, la afección médica, los registros médicos y la información similar mantenida por una entidad cubierta por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos [Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA] o un socio comercial) (protected health information, "PHI") está protegida por ley. Al firmar esta autorización, comprendo que acepto la recopilación, la divulgación y el uso de mi PHI según se describe a continuación.

Autorizo a cada uno de mis planes de salud, aseguradoras, médicos, profesionales de la salud, hospitales, clínicas, farmacias, u otros proveedores de atención médica y quienes trabajen en su nombre para divulgar mi PHI a Taiho Oncology, Inc. a sus empleados, afiliadas y sus representantes, agentes, y contratistas (en conjunto, "Taiho") para los siguientes fines: (i) investigar y resolver consultas de cobertura de seguro o reembolso, o revisar la elegibilidad para programas de asistencia al paciente, asistencia con copagos, o programas similares e inscribirme en dichos programas, (ii) contactar y proporcionar mi PHI a mi aseguradora, organizaciones de defensa del paciente, programas de asistencia al paciente, u otras fuentes de financiamiento para determinar la elegibilidad para la cobertura u otros fondos, (iii) cumplir y coordinar el cumplimiento y la entrega de recetas, (iv) asistir en la capacitación de fármacos y proporcionar apoyo del fármaco y materiales educativos; y (v) facilitar mi participación en el programa de apoyo al paciente de Taiho. Comprendo que una vez que mi PHI se divulgue a Taiho, es posible que mi PHI ya no esté protegida por las leyes federales o estatales de privacidad y que esté sujeta a una nueva divulgación.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización, y es posible que mis proveedores tratantes y planes de salud no condicionen el tratamiento, el pago o la elegibilidad actuales o futuros para recibir beneficios a partir de mi prestación de esta autorización. Sin embargo, si me niego a firmar esta autorización, no podré participar en el programa de apoyo al paciente de Taiho, ya que las divulgaciones de mi PHI por parte de mis proveedores a Taiho son necesarias para facilitar mi participación en el programa. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización y Taiho me proporcionará una copia firmada de esta autorización. Puedo solicitar copias adicionales al enviar un correo electrónico a Taiho a privacyofficer@taihooncology.com. Comprendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento al llamar al 1-844-688-2446 o al enviar un correo electrónico a privacyofficer@taihooncology.com, pero esta cancelación no se aplicará a ninguna PHI ya utilizada o divulgada a través de esta autorización antes de recibir la notificación de cancelación. Esta autorización es válida durante cinco (5) años a partir de la fecha de la firma a continuación o durante un período más corto de tiempo que dicten las leyes estatales aplicables.

Comprendo que mis proveedores de farmacia pueden recibir remuneración (es decir, pagos) por divulgar mi PHI de conformidad con esta autorización. Asimismo, autorizo a mis proveedores de farmacia a usar mi PHI para informarme sobre el fármaco que se me ha recetado y comprendo que pueden recibir una tarifa por dichas comunicaciones.

X Firma del paciente o del representante del paciente:

Fecha:

Si firma el representante del paciente, proporcione una descripción de la autoridad del representante del paciente para actuar en nombre del paciente:

Fax: 1-844-287-2559

Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este

Verificación de ingresos y autorización de De lunes a viernes informe crediticio



Nombre del paciente: (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento del paciente:

			• • ,		
7	Varitiaggian da in	NKOOOO W OUT	arizaaian (dol intorno	o oroditioio
	Verificación de inc	uresus v aut			
\sim		group y war			

__Cantidad de personas que hay en su hogar incluido usted? 1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 8+__ ¿Cuál es su ingreso familiar anual total? (Incluida la Seguridad de Ingreso Suplementario [Supplemental Security Income, SSI I, sueldos brutos, etc.) \(\)

▶ Para verificar lo anterior, deberá proporcionar una de las siguientes opciones: (1) copias de declaraciones fiscales federales u otros documentos como estados bancarios, prueba de ingresos del Seguro Social, etc., o (2) autorización para obtener su perfil crediticio de Experian Health a los fines de verificar su elegibilidad para recibir ingresos. Eliia la opción que prefiere:

Usted comprende que al marcar la casilla "Acepto" inmediatamente después de este aviso, usted proporciona "instrucciones escritas" a Taiho Oncology, Inc. y a sus agentes (en conjunto, "Taiho") en virtud de la ley federal y estatal que autoriza la verificación de ingresos electrónicos al obtener información de su perfil de crédito personal u otra información de Experian Health.

Usted autoriza a Taiho a obtener dicha información únicamente para validar su elegibilidad de ingresos con el fin de determinar su elegibilidad para la asistencia al paciente.

- **ACEPTO** los términos anteriores para la verificación electrónica de ingresos con Experian Health.
- NO ACEPTO los términos anteriores y no deseo que Experian Health verifique mis ingresos. Comprendo que se me pedirá que proporcione documentación de respaldo para autenticar mis ingresos y elegibilidad.

Doy fe de que la información anterior es completa y precisa. Doy fe de que soy elegible para recibir el medicamento del programa de asistencia al paciente (Patient Assistance Program, PAP) conforme a los términos y condiciones del PAP, incluido que no tengo cobertura de seguro para recetas, o que esta es insuficiente para el medicamento indicado, incluidos Medicaid, Medicare o cualquier otro programa público o privado, y que tengo recursos financieros insuficientes para pagar la terapia recetada.

Comprendo que mi médico me ha recetado el medicamento del PAP y que se me proporciona sin cargo para mí y para ninguna otra parte. Asimismo, acepto que no solicitaré ningún reembolso por ningún fármaco obtenido en virtud de este programa. Acepto y comprendo que se me está proporcionando el medicamento del PAP sin relación con ninguna cobertura de seguro que pueda tener para los fármacos recetados. Acepto que no he presentado ni presentaré un reclamo de reembolso de parte del seguro o de cualquier otro tercero por la receta por la que recibo el medicamento del PAP y que no contaré el costo del medicamento del PAP para mi deducible. Además, según corresponda, acepto que los medicamentos del PAP no contarán para mis verdaderos costos de bolsillo (true outof-pocket costs, Tr00P) y que no solicitaré crédito por Tr00P en virtud del programa de la Parte D de Medicare por ninguna parte del costo de los medicamentos del PAP. Si tengo cobertura de medicamentos recetados a través de Medicare, incluida la Parte D de Medicare, acepto no presentar ningún reclamo a mi cobertura de Medicare por ninguna receta de medicamentos del PAP durante el resto del año de cobertura actual, incluida mi receta actual y cualquier receta o renovación adicional para el fármaco durante el año de cobertura. Entiendo que Taiho se reserva el derecho de rescindir, revocar o modificar el programa del PAP en cualquier momento y sin previo aviso.

Con mi firma a continuación, autorizo la divulgación de la información anterior sobre mí y mi afección médica a Taiho. Autorizo a Taiho a usar y divulgar dicha información para la evaluación de mi elegibilidad y para la inscripción y la administración de asistencia al paciente con Taiho, que puede incluir comunicarse con mi aseguradora, programas de financiamiento público, trabajadores sociales, organizaciones de defensa, proveedores de atención médica u otras personas o entidades que Taiho pueda considerar apropiadas para divulgar todos los registros médicos o la información solicitada sobre mi elegibilidad y beneficios en virtud del programa.

Continúa en la página siguiente.

Fax: 1-844-287-2559

Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este De lunes a viernes

Verificación de ingresos y autorización de informe crediticio



Nombre del paciente: (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento del paciente:

Verificación de ingresos y autorización del informe crediticio

Además, acepto que, en cualquier momento durante mi inscripción, Taiho puede solicitar documentación adicional para autenticar las declaraciones hechas en mi aplicación. Taiho acepta no divulgar mi información financiera proporcionada anteriormente ni ninguna información de informes crediticios que recopile de conformidad con mi autorización anterior a ningún tercero, excepto aquellos requeridos para la administración del programa según lo autorizado por mí de conformidad con mi firma a continuación o según lo exija la ley. Comprendo y reconozco que esta asistencia es temporal y que este programa puede cambiarse o interrumpirse en cualquier momento sin previo aviso. La información anterior anexará la información incompleta proporcionada en mi aplicación de inscripción original.

X Firma del paciente o del representante del paciente:

Fecha:

Si firma el representante del paciente, proporcione una descripción de la autoridad del representante del paciente para actuar en nombre del paciente:

Fax: 1-844-287-2559

Horario de atención: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este

De lunes a viernes

Acuerdo de socio comercial



Acuerdo de socio comercial

Estimado médico:

Taiho Oncology Patient Support desea acelerar la investigación de los beneficios y la selección de sus recetas para que sus pacientes reciban la terapia lo más rápido posible. A veces, la obtención de una autorización del paciente, que se encuentra en la página 3, puede retrasar la obtención del tratamiento si el paciente no se encuentra en su consultorio para firmar el formulario cuando realice la derivación. Por lo tanto, le ofrecemos la oportunidad de firmar un acuerdo de socio comercial (Business Associate Agreement, BAA) con CareMetx, la firma que está operando los servicios de Taiho Oncology Patient Support. Este BAA es un paso provisional que permitirá a CareMetx iniciar una investigación de beneficios y clasificar sus recetas **para todos sus pacientes** lo antes posible para apoyar el acceso al tratamiento, mientras se trabaja en paralelo para obtener la autorización del paciente, y así optimizar todos los servicios para sus pacientes en terapia.

- Taiho Oncology Patient Support

CareMetx (Compañía) es un socio comercial del médico signatario (medical doctor, MD) (MD) para prestar servicios de investigación de beneficios y otros servicios de apoyo a los pacientes, incluidos los servicios para asistir en la presentación oportuna de recetas ("Servicios") para el MD. El MD y la Compañía acuerdan que, hasta que el MD revoque el permiso, la Compañía prestará dichos servicios a los pacientes del MD, sujeto a los siguientes términos. La Compañía utilizará la información médica protegida (PHI) solo para prestar los Servicios. La Compañía no usará ni divulgará la PHI más allá de lo permitido en el presente documento o según lo exija la ley. La Compañía puede usar la PHI del médico, si es necesario, para la gestión y administración adecuadas de la Compañía o para cumplir con las responsabilidades legales de la Compañía. La Compañía puede eliminar la identificación de la PHI. Una vez que se elimine la identificación de la PHI, ya no está cubierta por este acuerdo. La Compañía implementará las medidas de seguridad adecuadas para evitar el uso o la divulgación no autorizados de la PHI, incluida la implementación de los requisitos de la regla de seguridad de la HIPAA. La Compañía informará al MD cualquier uso o divulgación no autorizados de la PHI, incluido cualquier incidente de seguridad que comprometa la integridad de la PHI que la compañía tenga en nombre del MD y cualquier violación de la PHI. La Compañía responderá, de manera tal que permita que el MD cumpla con los requisitos de la norma de privacidad, a las solicitudes del MD para brindar acceso a su PHI a las personas. El MD puede requerir que la Compañía ponga a disposición la PHI para las enmiendas (e incorpore cualquier enmienda requerida) y las contabilizaciones. La Compañía cumplirá con los requisitos de la norma de privacidad aplicable a la Compañía. A solicitud del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health & Human Services, HHS) o del MD, la Compañía pondrá a disposición del HHS sus prácticas internas, libros y registros relacionados con el uso y la divulgación de la PHI recibida de la Compañía en nombre del MD, o creada o recibida por ella a los fines de determinar el cumplimiento del MD o la Compañía con la norma de privacidad de la HIPAA. Tras la rescisión de la prestación de servicios al MD, la Compañía devolverá o destruirá toda la PHI recibida del MD o creada o recibida por la Compañía, a menos que dicha devolución o destrucción no sea factible, en cuyo caso la Compañía extenderá estas protecciones a la PHI mantenida por la Compañía después de la rescisión de este acuerdo. La Compañía se asegurará de que sus subcontratistas que tengan acceso a la PHI acepten restricciones y condiciones equivalentes sobre la PHI que se apliquen a la Compañía. El MD puede rescindir su acuerdo con la Compañía por la violación de un plazo sustancial, y los contratos entre la Compañía y los subcontratistas asociados comerciales están sujetos a estos mismos requisitos. Al firmar este formulario, el MD acepta estas disposiciones para socios comerciales.

✗ Firma del médico prescriptor:	Fecha
---------------------------------	-------

X Firma de CareMetx: Patrick Geisler, Director de privacidad de CareMetx