

 **LLAME AL: 1-844-900-EASE**
(1-844-900-3273)

 **De lunes a viernes**
De 8:00 AM a 8:00 PM
(horario del este)

 **FAX: 1-844-901-EASE**
(1-844-901-3273)

 **VISITE:**
www.EASE.US



El Programa de Intercambio de Dosis EASE puede ayudar a garantizar la continuidad de la atención de su paciente al proporcionar una dosis más baja cuando se requiere de un ajuste de la dosis.

- Los pacientes reciben un suministro único de comprimidos de 40 mg o 20 mg de CABOMETYX® como ayuda para realizar la transición a una dosis más baja
- Se proporcionan 15 días de producto gratuito en caso de que se requiera de una reducción de la dosis
- Se aplican normas de elegibilidad y restricciones adicionales
- Tras la recepción de la nueva dosis, se requiere que el paciente devuelva el producto no usado previamente a EASE. Con la nueva dosis, se proporciona al paciente el envase de devolución para el producto sin usar

 **OBLIGATORIO** **Nombre del Paciente:** _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

1 INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE  **OBLIGATORIO**

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Teléfono celular: _____ Teléfono particular: _____ Dirección de correo electrónico: _____	Representante/Cuidador del Paciente (si corresponde): _____ Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____
Dosis diaria actual (que se interrumpe): _____ mg Suministro restante estimado: _____ días	

2 RECETA DE INTERCAMBIO DE DOSIS (NUEVA CONCENTRACIÓN)  **OBLIGATORIO**

Dosis de CABOMETYX <input type="checkbox"/> 40 mg <input type="checkbox"/> 20 mg	Indicaciones QD	Despachar <input type="checkbox"/> Quince (15) comprimidos
---	---------------------------	--

Adjunte una receta por separado si esta sección no cumple con las leyes de prescripción de su estado.

Firmar Se debe despachar según se indica

Firma Completa de Quien Receta: _____ **Fecha:** ____/____/____

Dirección de Quien Receta: _____

Teléfono de Quien Receta: _____

 **LLAME AL: 1-844-900-EASE**
(1-844-900-3273)

 **De lunes a viernes**
De 8:00 AM a 8:00 PM
(horario del este)

 **FAX: 1-844-901-EASE**
(1-844-901-3273)

 **VISITE:**
www.EASE.US

 **OBLIGATORIO** **Nombre del Paciente:** _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

3 **RECETA DE INTERCAMBIO DE DOSIS PARA REMISIONES A FARMACIAS ESPECIALIZADAS (Specialty Pharmacy, SP) Y EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE (Patient Assistance Program, PAP) (Resurtidos Continuos)**
Complete esta sección **SOLO SI** está solicitando resurtidos. Esta sección no es obligatoria. La elegibilidad para el Intercambio de Dosis no está supeditada a ninguna obligación de compra.

Dosis de CABOMETYX	Indicaciones	Cantidad	Resurtidos
<input type="checkbox"/> 40 mg	QD	<input type="checkbox"/> Treinta (30) comprimidos	<input type="checkbox"/> _____ resurtidos
<input type="checkbox"/> 20 mg		<input type="checkbox"/> _____ comprimidos	

Adjunte una receta por separado si este formulario no cumple con las leyes de prescripción de su estado.

Firmar Se debe despachar según se indica
Firma Completa de Quien Receta: _____ Fecha: ____/____/____

4 **INFORMACIÓN DE QUIEN RECETA**  **OBLIGATORIO**

Nombre de Quien Receta: _____	Nombre del Centro de Salud: _____
Dirección: _____	Especialidad: _____
Ciudad: _____	Nombre del contacto en el consultorio: _____
Estado: _____ Código postal: _____	Correo electrónico del contacto en el consultorio: _____
Teléfono: _____ Fax: _____	_____
N.º de licencia estatal: _____	N.º de NPI del grupo: _____
N.º de DEA: _____	N.º de identificación fiscal: _____
N.º de NPI de Quien Receta: _____	

- Acepto cumplir con las pautas del programa según lo establecido por Exelixis Access Services
- Le he explicado a mi paciente que debe devolver el fármaco sin usar de acuerdo con las indicaciones proporcionadas por EASE
- No presentaré una reclamación de pago por los productos intercambiados e informaré a mi paciente que no presente una reclamación

Adjunte una receta por separado si este formulario no cumple con las leyes de prescripción de su estado.

Firmar Se debe despachar según se indica
Firma Completa de Quien Receta: _____ Fecha: ____/____/____

Para el Intercambio de Dosis de CABOMETYX (Uso por Parte de la Farmacia Solamente)

N.º de autorización de devolución: _____ N.º de identificación del caso: _____ N.º de pedido: _____

Cantidad de comprimidos sin usar devueltos: _____

Consulte la Información de Seguridad Importante para CABOMETYX y la Información de Prescripción completa.