

INFORMACIÓN CLAVE PARA COMPLETAR Y ENVIAR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE EASE

SERVICIOS DISPONIBLES A TRAVÉS DE EASE

- ✓ **Programa de Prueba Gratuita de 30 Días:** ofrece una prueba gratuita para ayudar a los nuevos pacientes de CABOMETYX a dar inicio al tratamiento rápidamente, sin importar su tipo de seguro, con un suministro adicional para 30 días disponible para pacientes con un retraso en la decisión de la entidad de pago de 5 días o más*†
- ✓ **Programa de Copagos:** los pacientes elegibles con seguro comercial pueden pagar una cifra tan baja como \$0 por mes. Se aplican límites anuales y por transacción‡
- ✓ **Programa de Asistencia al Paciente (PAP):** los pacientes elegibles que no pueden pagar los costos de sus medicamentos pueden recibir CABOMETYX sin cargo‡
- ✓ **Información sobre la Asistencia Financiera:** EASE puede proporcionar información sobre otros recursos de asistencia financiera, si corresponde
- ✓ **Investigación de beneficios:** EASE puede investigar la cobertura de seguro del paciente y los requisitos de la entidad de pago
- ✓ **Asistencia para autorización previa/apelaciones:** EASE puede proporcionar información sobre los requisitos de autorización previa, junto con los procesos de apelación aplicables, políticas y requisitos de la entidad de pago
- ✓ **Triaje de recetas de EASE a farmacias especializadas (specialty pharmacy; SP, por sus siglas en inglés):** EASE puede enviar la receta a una SP dentro de la red
- ✓ **Programa de Intercambio de Dosis:** Proporciona un suministro gratuito de 15 tabletas de la dosis más baja para ayudar a los pacientes que necesitan una reducción de la dosis†§



Para solicitar el Programa de Intercambio de Dosis, descargue el formulario en www.EASE.US o escanee el código QR

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA PRESENTACIÓN

- Asegúrese de que **todas las secciones obligatorias** del formulario estén **completas y firmadas**
- Verifique que el **nombre y fecha de nacimiento del paciente** figuren en las dos páginas del formulario
- Incluya una **copia de la(s) tarjeta(s) de seguro del paciente**, frente y reverso
- Envíe por fax el formulario y una copia de la(s) tarjeta(s) del seguro al 1-844-901-EASE (1-844-901-3273)**
- Explique a los pacientes que recibirán una llamada de la Farmacia Especializada RxCrossroads** si han solicitado el **Programa de Prueba Gratuita de 30 Días o PAP**

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

La Autorización del Paciente se puede obtener en 1 de 3 formas:

- **Un Administrador de Casos de EASE** puede contactar al paciente para facilitar el llenado del Formulario de Autorización del Paciente mediante DocuSign
- **Un paciente** puede enviar el Formulario de Autorización del Paciente en línea desde la pestaña *Cost & Financial Support* (Costos y Asistencia Financiera) en www.cabometryx.com o puede imprimir el formulario, completarlo y enviarlo por fax
- **El personal del consultorio del médico** puede solicitar al paciente que complete y firme un Formulario de Autorización del Paciente en papel, y luego enviarlo por fax al **1-844-901-EASE (1-844-901-3273)**



Puede encontrar una copia del formulario en www.cabometryxhcp.com/resources o puede escanear el código QR

*Limitado a las indicaciones en la etiqueta.

†Se aplican restricciones adicionales y reglas de elegibilidad.

‡El Programa de Copagos no está disponible para pacientes que reciban un reembolso por medicamentos recetados en virtud de ningún programa de seguro con financiación gubernamental, estatal o federal, o en los casos en los que la ley lo prohíba. Se aplican [Términos y Condiciones](#) adicionales.

§Los pacientes deben devolver los productos no utilizados.

1	SERVICIOS SOLICITADOS <i>[Marque todas las opciones que corresponden]</i>	OBLIGATORIO
<input type="checkbox"/> Programa de Prueba Gratuita por 30 Días* <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia para Pacientes (PAP)* <input type="checkbox"/> Programa de Copagos* <input type="checkbox"/> Investigación de Beneficios <input type="checkbox"/> Asistencia para Autorización Previa/Apelaciones <input type="checkbox"/> Triaje de Recetas a Una Farmacia Especializada Dentro de la Red		
2	INFORMACIÓN DEL PACIENTE	OBLIGATORIO
Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> No desea divulgarlo Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____ Teléfono fijo: _____ Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____		
Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Teléfono particular <input type="checkbox"/> Teléfono celular Nombre de contacto alternativo: _____ Relación con el paciente: _____ Teléfono alternativo: _____ <input type="checkbox"/> Teléfono particular <input type="checkbox"/> Teléfono celular Correo electrónico alternativo: _____ <input type="checkbox"/> Acepta que se deje un mensaje con un contacto alternativo		
3	INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL PACIENTE <i>[Incluya una copia de la parte delantera y trasera de la[s] tarjeta[s] del seguro]</i>	OBLIGATORIO
3.1 Información del Seguro Médico Primario <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro Programa del Gobierno (p. ej., Medicaid, VA, TRICARE) <input type="checkbox"/> No tiene seguro Nombre del plan: _____ N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____ Teléfono: _____ Nombre del asegurado: _____ Relación con el asegurado: _____		
3.2 Información sobre el Seguro de Medicamentos Recetados <input type="checkbox"/> El paciente no tiene cobertura de recetas Nombre de la empresa: _____ N.º de miembro: _____ N.º de grupo: _____ PCN: _____ BIN: _____ Teléfono: _____ Nombre del asegurado: _____ Relación con el asegurado: _____		
4	INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE <i>[Complete las 3 secciones – 4.1, 4.2 y 4.3]</i>	OBLIGATORIO
4.1 Diagnóstico <i>Carcinoma de células renales (RCC)</i> <input type="checkbox"/> C64 Neoplasia maligna del riñón, excepto pelvis renal <input type="checkbox"/> C64.1 Neoplasia maligna del riñón derecho, excepto pelvis renal <input type="checkbox"/> C64.2 Neoplasia maligna del riñón izquierdo, excepto pelvis renal <input type="checkbox"/> C64.9 Neoplasia maligna de un riñón no especificado, excepto pelvis renal <input type="checkbox"/> Terapia combinada con nivolumab		
<i>Carcinoma hepatocelular (HCC)</i> <input type="checkbox"/> C22.0 Carcinoma de células hepáticas <input type="checkbox"/> C22.8 Neoplasia maligna de hígado, primaria, no especificada en cuanto al tipo		
<i>Carcinoma diferenciado de tiroides (DTC)</i> <input type="checkbox"/> C73 Neoplasia maligna de glándula tiroides		
<i>Otro diagnóstico y código ICD-10</i> <input type="checkbox"/> _____		
4.2 Línea de Tratamiento para la Receta de CABOMETYX® (cabozantinib) <input type="checkbox"/> Primera línea <input type="checkbox"/> Tratamiento de segunda línea o posterior		
4.3 Medicamentos y Alergias Actuales Medicamentos actuales para diagnósticos seleccionados: _____ Alergias a medicamentos y no relacionadas con medicamentos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", especifique las alergias a medicamentos: _____		
5	INFORMACIÓN DEL PRESCRIPTOR	OBLIGATORIO
Nombre del prescriptor: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ N.º de licencia estatal: _____ N.º del NPI: _____		
Nombre de la práctica: _____ Especialidad: _____ Nombre de contacto del consultorio: _____ Teléfono de contacto del consultorio: _____ Correo electrónico de contacto del consultorio: _____ N.º de grupo del NPI: _____ N.º de ID fiscal: _____		

*Se aplican restricciones adicionales y reglas de elegibilidad.

Consulte la [Información sobre Recetas](#) completa para CABOMETYX.

Envíe por Fax el Formulario
Completado y Firmado a:

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

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

Lunes a Viernes
8:00 AM a 8:00 PM Hora del Este

VISITE: www.EASE.US

Apellido del paciente: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____



6 RECETA PARA EL PROGRAMA DE PRUEBA GRATUITA DE 30 DÍAS* (Limitado a **NUEVOS** pacientes solo con indicación en la etiqueta)

OBLIGATORIO PARA LA PRUEBA GRATUITA

Confirme si al paciente se le receta por primera vez el CABOMETYX® (cabozantinib) Sí No

Dosis de CABOMETYX <input type="checkbox"/> 60 mg tabletas <input type="checkbox"/> 40 mg tabletas <input type="checkbox"/> 20 mg tabletas	Indicaciones Una vez al día	Cantidad <input type="checkbox"/> 30 tabletas (según las pautas del programa)	Autorizar una reposición <input type="checkbox"/> 1 reposición (limitado a 1 reposición para un retraso de la entidad de pago de 5 días solamente)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Complete la receta para el Programa de Prueba Gratuita de 30 Días. Un suministro gratuito de CABOMETYX para 30 días será dispensado y enviado al paciente. **IMPORTANTE:** Dígame al paciente que recibirá una llamada de la **Farmacia Especializada RxCrossroads** para obtener su consentimiento para el envío de la receta. Adjunte una receta por separado si esta sección no cumple con las leyes de recetas de su estado.

Firme Aquí

Dispensar como está escrito
 Firma completa del prescriptor: _____ Fecha: ____/____/____

7 RECETA PARA PAP* O TRIAJE A UNA FARMACIA ESPECIALIZADA DENTRO DE LA RED

IMPORTANTE: Para que podamos enviarle medicamentos a su paciente, la información de la receta que aparece a continuación debe estar completa y ser precisa.

Dosis de CABOMETYX <input type="checkbox"/> 60 mg tabletas <input type="checkbox"/> 40 mg tabletas <input type="checkbox"/> 20 mg tabletas	Indicaciones Una vez al día	Cantidad <input type="checkbox"/> 30 tabletas <input type="checkbox"/> _____ tabletas	Autorizar reposiciones <input type="checkbox"/> _____ reposiciones
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------

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

Firme Aquí

Marque una casilla y firme en la línea de arriba.
 Firma completa del prescriptor: _____ Fecha: ____/____/____
 Dispensar como está escrito Sustitución permitida

El prescriptor debe cumplir con los requisitos de receta específicos de su estado, como la receta electrónica, el formulario de receta específico del estado, el idioma, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos de cada estado podría resultar en un contacto con el prescriptor.

8 CUMPLIMIENTO DE LA RECETA

- Farmacia de distribución en el consultorio (In-office dispensing; IOD, por sus siglas en inglés)** – prefiero la distribución a través de una farmacia IOD, de ser posible
 Nombre del contacto de IOD: _____
 Teléfono del contacto de IOD: _____ Correo electrónico del contacto de IOD: _____
- Triaje de SP Dentro de la Red** – solicite que EASE envíe la receta a la SP contratada o indicada por la entidad de pago
- Triaje del Prescriptor** – ya hemos enviado la receta a la siguiente farmacia: _____

9 DECLARACIÓN DEL PRESCRIPTOR



Al firmar este formulario, certifico que la información del paciente y del médico que figura en este formulario de inscripción está completa y es exacta a mi leal saber y entender. He recetado CABOMETYX® basándome en mi criterio de necesidad médica, y supervisaré el tratamiento del paciente. He recibido la autorización legal necesaria del paciente para transmitir su información personal de salud, tal como se indica en este formulario, a EXELIXIS®, y a las partes que trabajan con EXELIXIS®, para que puedan (1) ponerse en contacto con el paciente a través de los números de teléfono que se indican en este formulario y (2) realizar una evaluación preliminar de la verificación del seguro y (3) determinar la elegibilidad del paciente para el programa de productos de EXELIXIS. Autorizo el envío de esta receta a una farmacia especializada de dispensación en mi nombre y en el del paciente. Comprendo que ni yo ni el paciente podemos solicitar el reembolso, presentar reclamos o solicitar la presentación de reclamos a ningún programa gubernamental o aseguradora independiente por los productos gratuitos recibidos en virtud del(los) programa(s). Si corresponde, los productos gratuitos que recibí para el paciente se entregarán al paciente para su propio uso sin cargo alguno y no venderé, revenderé ni intentaré vender ese producto.

Firme Aquí

Firma completa del prescriptor: _____ Fecha: ____/____/____

*Se aplican restricciones adicionales y reglas de elegibilidad.

Consulte la [Información sobre Recetas](#) completa para CABOMETYX.

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

Lunes a Viernes
8:00 AM a 8:00 PM Hora del Este

Envíe por Fax el Formulario Completado y Firmado a:
FAX: 1-844-901-EASE
(1-844-901-3273)

VISITE: www.EASE.US