

## Instrucciones del Formulario de Registro

Envíe por fax el formulario de registro completo a:

- 1-844-ONCOPEP (1-844-662-6737)

Llámenos de Lunes a Viernes (de 8 a.m. a 8 p.m. Tiempo del Este) al:

- 1-844-300-ONCO (1-844-300-6626)

### Cómo registrarse en ON COURSE:

1. Complete el formulario en su totalidad para ayudar a evitar demora(s) en el procesamiento
2. Complete ambas páginas de este formulario de registro.
3. El paciente debe firmar y fechar la Sección de Consentimiento del Paciente 7.
4. El Profesional de la Salud debe firmar y fechar la Sección 8.
5. Envíe por fax el formulario de registro completado a ON COURSE al 1-844-662-6737

### Guía de Instrucciones

#### Seleccione los servicios para especificar las necesidades de su paciente.

##### Secciones 1 y 2:

En esta sección se requiere la información de contacto del paciente y del profesional de la salud. Asegúrese de incluir los números de NPI y DEA para ayudar a facilitar la Investigación de Beneficios.



##### Sección 3:

Asegúrese de completar la información del seguro del paciente. El tratamiento puede estar cubierto por el beneficio médico o de farmacia. Incluya copias legibles (anverso y reverso) de la(s) tarjeta(s) de seguro médico y farmacéutico del paciente. Incluya información del seguro de beneficios principal, secundario, Medicare/Medicaid (si es elegible) y de farmacias para garantizar que se puedan evaluar todas las opciones de cobertura posibles. Opcional: Si desea explorar la elegibilidad del paciente para el Programa de Asistencia al Paciente (PAP) de Oncopeptides, marque la casilla para registrarse y proporcione el ingreso familiar anual del paciente.

##### Sección 4:

Seleccione la ubicación de envío preferida y el formulario de registro se asignará al distribuidor especializado aprobado para su distribución.

##### Sección 5:

Esta sección puede servir como receta para PEPAXTO (melfalán flufenamida) para pacientes comerciales.

**Asegúrese de adjuntar una receta por separado si esta sección no cumple con la ley de recetas de su estado.** PEPAXTO (melfalán flufenamida) se entregará en la ubicación de envío preferida que se indica en la sección 4.



##### Sección 6:

Por lo general, se requiere información clínica al verificar los beneficios. El diagnóstico y el código ICD-10 apropiado son campos obligatorios.

##### Sección 7 y 8:

Requiere un paciente (o un representante legal) y la firma de un profesional de la salud. Se requiere la firma de un profesional de la salud para dar fe de la revisión de la certificación y el consentimiento.

#### Recursos Adicionales:

Programa de Apoyo ON COURSE: ON COURSE se complace en ofrecer a los pacientes y cuidadores una opción para recibir apoyo adicional de enfermeras administradoras dedicadas a los casos. Como parte de los servicios de apoyo de ON COURSE, los administradores de casos de enfermería pueden brindar educación no clínica sobre los medicamentos, el horario de dosificación prescrito y qué esperar al tomar medicamentos según la Información de prescripción completa

Envíe por fax el formulario de registro completo a:  
• 1-844-ONCOPEP (1-844-662-6737)

Llámenos de Lunes a Viernes (de 8 a.m. a 8 p.m. Tiempo del Este) al:  
• 1-844-300-ONCO (1-844-300-6626)

## Formulario de Registro

Consulte la guía de instrucciones para obtener una referencia rápida sobre cómo completar este formulario para PEPAXTO (mefalán flufenamida)

### Marque todos los servicios que le gustaría solicitar

- Soporte de Cobertura (Investigación de Beneficios, Autorización Previa y/o Asistencia para Apelaciones)
- Soporte y seguimiento de reclamaciones
- Asistencia de Copago
- Programa de Asistencia al Paciente (PAP)
- Programa de Apoyo ON COURSE

Todos los servicios y programas están sujetos a requisitos de elegibilidad.

### 1. Información Sobre el Centro o el Profesional de la Salud

Nombre del Prescriptor: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Título del Prescriptor: \_\_\_\_\_

N.º NPI: \_\_\_\_\_ N.º DEA: \_\_\_\_\_

N.º de ID Fiscal: \_\_\_\_\_ N.º PTAN: \_\_\_\_\_

Nombre de Instalaciones: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Título del Contacto de la Oficina: \_\_\_\_\_

Teléfono del Contacto de la Oficina: \_\_\_\_\_ N.º Fax: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico del Contacto de la Oficina: \_\_\_\_\_

Método de Contacto Preferido: Teléfono  Fax  Correo Electrónico

### 2. Información del Paciente

N.º de EAP \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Método de Contacto Preferido:  
 Teléfono de Casa  Teléfono Celular  Correo Electrónico

Texto de aceptación:  Sí  No (Pueden aplicarse cargos)

Hora de Contacto de Preferencia:  
 AM (8 a.m. a 10 a.m. ET)  DÍA (10 a.m. a 5 p.m. ET)  PM (5 p.m. a 8 p.m. ET)

Contacto del Cuidador: \_\_\_\_\_  
Nombre Apellido

Teléfono del Cuidador: \_\_\_\_\_

### 3. Información de Seguro

Sin seguro

Evaluar para Programa PAP

Ingresos Anuales del Hogar \$ \_\_\_\_\_  
Número de Miembros del Hogar \_\_\_\_\_

Pagador del Seguro Médico Principal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

ID de Suscriptor: \_\_\_\_\_ N.º de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de Suscriptor: \_\_\_\_\_

Administrador Principal de Beneficios Farmacéuticos (PBM): \_\_\_\_\_

Nombre de PBM: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

N.º de ID de Seguro: \_\_\_\_\_ N.º de Grupo: \_\_\_\_\_

BIN: \_\_\_\_\_ PCN: \_\_\_\_\_

Pagador de Seguro Médico Secundario: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

ID de Suscriptor: \_\_\_\_\_ N.º de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de Suscriptor: \_\_\_\_\_

Administrador Secundario de Beneficios Farmacéuticos (PBM): \_\_\_\_\_

Nombre de PBM: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

N.º de ID de Seguro: \_\_\_\_\_ N.º de Grupo: \_\_\_\_\_

BIN: \_\_\_\_\_ PCN: \_\_\_\_\_

### 4. Ubicación Preferida de Envío

Nombre de Instalaciones: \_\_\_\_\_ Nombre del Contacto de la Oficina: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Distribuidor Especializado Preferido

- Cardinal
- Suministro de Oncología
- ASD
- McKesson Specialty Health
- McKesson Plasma & Biologics

Visite [www.oncoursupport.com](http://www.oncoursupport.com) | Llame Lunes-Viernes (8 a.m. a 8 p.m. ET) al: 1-844-300-ONCO (1-844-300-6626)

Envíe por fax el formulario de registro completo a:

- 1-844-ONCOPEP (1-844-662-6737)

Llámenos de Lunes a Viernes (de 8 a.m. a 8 p.m.

Tiempo del Este) al:

- 1-844-300-ONCO (1-844-300-6626)

## Formulario de Registro

### 5. Información de Prescripción

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Rx para PEPAXTO (melfalan flufenamide) Cantidad: \_\_\_\_\_ Reabastecimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Instrucciones de Uso: Administrar \_\_\_\_\_ mg vía intravenosa cada 28 días Medicamentos Actuales (consulte también la sección 6): \_\_\_\_\_

Alergias a Medicamentos Conocidas: \_\_\_\_\_ Instrucciones Adicionales \_\_\_\_\_

Nombre del Prescriptor: \_\_\_\_\_ Firma del Prescriptor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### 6. Información Clínica

Diagnóstico del Paciente: \_\_\_\_\_ Código ICD-10 \_\_\_\_\_ Fecha de Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Terapias actuales para este diagnóstico (marque todas las que correspondan):

**Proteasome inhibitor (PI)**

bortezomib  ixazomib

carfilzomib

**Immunomodulatory agent**

lenalidomide

pomalidomide

**Anti-CD38 mAb**

daratumumab

isatuximab

**Otra**

selinexor  Otra \_\_\_\_\_

belantamab

Terapias anteriores para este diagnóstico (marque todas las que correspondan):

**Proteasome inhibitor (PI)**

bortezomib  ixazomib

carfilzomib

**Immunomodulatory agent**

lenalidomide

pomalidomide

**Anti-CD38 mAb**

daratumumab

isatuximab

**Otra**

selinexor  panobinostat

belantamab  Otra \_\_\_\_\_

### 7. Certificación del Profesional de la Salud

Al firmar a continuación, por la presente represento, pacto y certifico lo siguiente: (1) La terapia (o medicamento) anterior es médicamente necesaria; (2) He obtenido de mi paciente su consentimiento y cualquier autorización por escrito requerida por HIPAA y por otras leyes federales o estatales para divulgar a ON COURSE (Oncopeptides Inc. Servicios de apoyo y acceso para pacientes) y sus representantes/agentes la información necesaria para esta solicitud, que incluye, entre otros, la información financiera y médica de mi paciente; (3) Entiendo que esta información es para uso exclusivo de ON COURSE y sus representantes/agentes para evaluar la elegibilidad del paciente para participar en ON COURSE, incluido el Programa de apoyo ON COURSE; (4) No he recibido, ni buscaré ni aceptaré el reembolso de ningún pagador federal, estatal o privado por ningún medicamento proporcionado a mi paciente por el Programa de Asistencia al Paciente (PAP) de Pepaxto (melfalán flufenamida); (5) No he recibido, ni buscaré ni aceptaré el pago de mi paciente por ningún monto de coseguro pagado por el Programa de tarjeta de copago de Pepaxto para un producto de Oncopeptides, Inc.; (6) Entiendo que si el seguro o el estado financiero de mi paciente cambia, es posible que el paciente ya no sea elegible para este programa. Notificaré a ON COURSE si me doy cuenta de dichos cambios; (7) Entiendo que no tengo la obligación de recetar ningún medicamento de Oncopeptides, Inc. y que no he recibido ni recibiré ningún beneficio de Oncopeptides, Inc. por recetar un medicamento de Oncopeptides, Inc.; (8) La información contenida en este formulario es completa y precisa a mi leal saber y entender; y (9) notificaré a ON COURSE cualquier error con respecto a lo anterior, y haré todo lo posible para corregir esos errores.

Nombre del Profesional de la Salud \_\_\_\_\_

Firma del Profesional de la Salud (sin sellos) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### 8. Autorización del Paciente para Divulgar Información Médica

Por la presente autorizo a mis profesionales de la salud, a mi compañía de seguro médico y a mi farmacia a (1) divulgar mi información médica protegida (PHI), incluidos, entre otros, mi nombre, dirección, número de teléfono, registros médicos, cobertura de seguro médico e información financiera a ON COURSE y sus agentes; (a) Para contactarme, o la persona legalmente autorizada para firmar en mi nombre, por teléfono o correo, (b) Para contactar a mi compañía de seguros en mi nombre para verificar mi cobertura de PEPAXTO (melfalán flufenamida), (c) Para determinar mi elegibilidad para el registro en el Programa de tarjeta de copago de PEPAXTO y para el registro en el Programa de asistencia al paciente (PAP) de PEPAXTO (melfalán flufenamida), incluida la verificación de mi información financiera; (2) Proporcionar información sobre fundaciones de terceros independientes para asistencia o fuentes alternativas de financiamiento o cobertura que puedan estar disponibles para brindar asistencia con los desembolsos; (3) Coordinar mi tratamiento con mis profesionales de la salud y mi farmacia especializada, y enviarme materiales educativos u otra información del programa que pueda ser de mi interés. (4) Entiendo que la información proporcionada por mí, mi profesional de la salud o la compañía de seguros se puede utilizar con fines de marketing. (5) Una vez que mi información médica haya sido divulgada a ON COURSE, entiendo que las leyes federales de privacidad pueden dejar de proteger la información. (6) Sin embargo, entiendo que Oncopeptides, Inc. y otras compañías autorizadas para recibir mi información médica de conformidad con esta Autorización acuerdan proteger mi información médica usándola y divulgándola solo para los fines autorizados en esta Autorización o según lo requiera la ley o las regulaciones. (7) Entiendo que esta autorización no afecta el tratamiento de mi profesional de la salud ni la cobertura de PEPAXTO (melfalán flufenamida) a través de mi seguro. (8) Entiendo que esta autorización es voluntaria. (9) Sin embargo, si me niego a firmar o cancelo mi autorización, ON COURSE no podrá determinar mi elegibilidad para el Programa de tarjeta de copago de PEPAXTO y el Programa de asistencia al paciente (PAP) de PEPAXTO (melfalán flufenamida). (10) Si no retiro la autorización, seguirá siendo válida por 3 años (o en el período menor que requiera la ley estatal). Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. (11) Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito, firmada por mí o en mi nombre y entregada a la dirección de mi profesional de la salud. Mi revocación entrará en vigencia una vez recibida, pero no será efectiva en la medida en que el destinatario u otra persona haya actuado basándose en esta autorización.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del Paciente para la revisión de Experion / Trans Union (solo PAP) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del Representante Legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Visite [www.oncoursupport.com](http://www.oncoursupport.com) | Llame Lunes-Viernes (8 a.m. a 8 p.m. ET) al: 1-844-300-ONCO (1-844-300-6626)