

Complete este formulario en función del apoyo que está solicitando.
Si desea completar y enviar su solicitud electrónicamente, visite nuestro sitio web.

Estamos aquí para ayudarle de lunes a viernes de 8 am a 8 pm EST.

Teléfono: 888-CTI-FORU (888-284-3678) | Fax: 888-284-8084 | Sitio web: CTIaccess.com | Correo electrónico: CTIaccess@rxallcare.com

INFORMACIÓN PERSONAL

Información del remitente (OBLIGATORIO para todas las solicitudes)

Nombre _____ Apellido _____ Título _____
Nombre de la instalación/oficina _____ N° de teléfono _____ N° de fax _____
Dirección de correo electrónico _____ Método de comunicación preferido: Teléfono Fax Correo electrónico
¿Es usted el contacto si se necesita documentación clínica/información adicional? Sí No (en caso negativo, confirme a continuación quién lo es)
Nombre e información de contacto _____

Información del paciente (OBLIGATORIO para todas las solicitudes)

Nombre _____ Apellido _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
Sexo Masculino Femenino Otros (proporcione para fines de identificación)
Dirección postal _____ Ciudad _____
Estado _____ CÓDIGO POSTAL _____ N° de teléfono _____ Móvil Casa
Dirección de correo electrónico _____ Nombre del representante/cuidador _____
Relación con el paciente _____ N° de teléfono _____ Móvil Casa
Dirección de correo electrónico _____

INVESTIGACIÓN DE BENEFICIOS

Seguro primario (OBLIGATORIO para todas las solicitudes)

(Adjunte una copia del frente y dorso de la tarjeta del seguro si está disponible.)

Consulte la copia del frente y dorso adjunta de la tarjeta del seguro

Nombre de la compañía aseguradora _____ Empleador/emisor (si está disponible) _____
N° de teléfono _____ Sufijo _____ N° de ID (para incluir el prefijo) _____ N° de grupo _____
Nombre del portador de la prescripción _____ N° de BIN _____ N° de PCN _____
¿Es esta una póliza de Medicare? Sí No ¿Se trata de una póliza de Medicaid? Sí No

Seguro secundario (Adjunte una copia del frente y dorso de la tarjeta del seguro si está disponible.)

Consulte la copia del frente y dorso adjunta de la tarjeta del seguro

Nombre de la compañía aseguradora _____ Empleador/emisor (si está disponible) _____
N° de teléfono _____ Sufijo _____ N° de ID (para incluir el prefijo) _____ N° de grupo _____
Nombre del portador de la prescripción _____ N° de BIN _____ N° de PCN _____
¿Es esta una póliza de Medicare? Sí No ¿Se trata de una póliza de Medicaid? Sí No

**Envíe los formularios completados y la documentación clínica justificativa a CTI Access™
por fax al 888-284-8084 o por correo electrónico a CTIaccess@rxallcare.com**

AUTORIZACIÓN PREVIA Y APELACIONES

Información clínica

Consulte la información clínica adjunta para ver la información solicitada a continuación

Código de diagnóstico principal: _____ Recuento plaquetario RECIENTE: Valor (K/ μ l) _____ Fecha (dd/mm/aaaa) _____

Tratamientos actuales que está tomando el paciente (para incluir la dosis) _____

Otros tratamientos que el paciente ha probado _____ N/C

Información del médico prescriptor

Nombre _____ Apellido _____ MD PA NP

N° de NPI _____ N° de licencia de estado _____ N° de DEA _____ Nombre de la consulta _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ CÓDIGO POSTAL _____

Si es diferente de lo anterior: Nombre del contacto de la oficina _____ Título _____

N° de teléfono _____ N° de fax _____ Dirección de correo electrónico _____

INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN

Esta prescripción también se puede utilizar para los programas Bridge y de asistencia al paciente, por lo que le pedimos que la complete incluso si su farmacia tiene otra prescripción.

Al firmar a continuación, yo, como profesional sanitario, declaro que: (i) Esta prescripción médica es adecuada para este paciente y supervisaré el tratamiento de este paciente; (ii) toda la información suministrada a CTI BioPharma o a sus agentes en relación con este formulario de solicitud de asistencia es precisa, y se ha obtenido de acuerdo con una autorización válida por separado del paciente que permita a CTI BioPharma contactar a este paciente para proporcionar servicios relacionados con (1) el tratamiento y (2) la verificación o preautorización de beneficios. Autorizo a CTI BioPharma o a sus agentes a enviar el pedido con receta dentro de este formulario, en mi nombre, a la farmacia especializada correspondiente. Además, entiendo que: (a) cualquier producto gratuito suministrado es solo para el uso de este paciente y no se venderá ni transferirá a nadie más; o devolverse para su abono; (b) el producto gratuito no se podrá contabilizar para los costos directos de la parte D de Medicare, ni se solicita el reembolso de un pagador externo (privado o gubernamental); (c) no estoy obligado a prescribir ningún fármaco de CTI BioPharma y no he recibido ni recibiré ningún beneficio de CTI BioPharma por prescribir un fármaco de CTI BioPharma; y (d) CTI BioPharma podrá revisar, cambiar, o dar por terminados los programas en cualquier momento sin previo aviso. Autorizo a la farmacia especializada a iniciar cualquier proceso de autorización de los planes de salud aplicables, si es necesario, incluido el envío de cualquier formulario necesario a dichos planes de salud, en la medida en que no esté prohibido. Consulte la información de prescripción completa en www.VONJO.com para obtener información detallada sobre el producto y la posología.

Información del paciente:

Nombre _____ Apellido _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Alergias farmacológicas conocidas _____

Prescripción: VONJO™ (pacritinib) cápsulas de 100 mg

Fdo.: _____ Cant.: _____ Reposiciones: _____

Firma del médico prescriptor (dispensar tal y como está escrito) _____ Fecha (dd/mm/aaaa) _____
(no se permite sello)

Firma del médico prescriptor (sustitución permitida) _____ Fecha (dd/mm/aaaa) _____

Si esta sección no cumple con las leyes de prescripción de su estado, le rogamos que nos proporcione una prescripción que cumpla con las normas.

TRIAJE DE PRESCRIPCIONES

Información de farmacia (la farmacia preferida se utilizará cuando lo permita el pagador).

Productos biológicos Onco360 ODI/PIM/MID/Institución (indique el nombre y la información de contacto a continuación).

Nombre _____ N° de teléfono _____ N° de fax _____

Nombre de contacto de la farmacia _____ Título _____

N° de teléfono _____ N° de fax _____ Dirección de correo electrónico _____

**Envíe los formularios completados y la documentación clínica justificativa a CTI Access™
por fax al 888-284-8084 o por correo electrónico a CTIaccess@rxallcare.com**