



Formulario de Inscripción en el Programa IncyteCARES—Hoja para el proveedor

P.O. Box 221798 • Charlotte, NC 28222-1798 • Teléfono: 1-855-4-Jakafi (1-855-452-5234) • Fax: 1-855-525-7207

Formulario de inscripción e instrucciones para acceso y reembolso, educación, apoyo y comunicaciones relacionados con Jakafi® (ruxolitinib).

Consulte el sitio web, los materiales y la autorización del programa para obtener más detalles.

Hay instrucciones para completar cada sección. Escriba con letra clara y llene todos los campos del formulario.

1 Información del médico: Incluya la información de contacto del personal del consultorio y de la oficina y el número de identificación de la entidad a cargo del pago del seguro del paciente para facilitar el contacto oportuno con su oficina y con la entidad a cargo del pago.

Nombre del médico: _____ Nombre del centro/establecimiento: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Contacto del consultorio: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ Mejor horario para llamar: _____
 Correo electrónico de contacto del consultorio: _____ N.º de licencia estatal: _____ N.º de identificación específica de la entidad que paga: _____
 N.º de identificación impositiva: _____ N.º de NPI: _____

2 Información clínica del paciente: Las secciones 2A y 2B son obligatorias y podrían retrasar el proceso de verificación si no se completan en su totalidad. Esta información será de ayuda para realizar la inscripción en la asistencia de copagos y la asistencia de autorización previa.

A) Para qué indicación usará el paciente Jakafi (marque una de las siguientes opciones, en caso de ser "otra", por favor explique):

Jakafi está indicado para el tratamiento de pacientes con mielofibrosis (MF) intermedia o de alto riesgo, lo que incluye MF primaria, MF post-policitemia vera y MF post-trombocitemia esencial.

Sí

Jakafi está indicado para el tratamiento de pacientes con policitemia vera que han tenido una respuesta inadecuada o una intolerancia a la hidroxiurea.

Sí

Otra: Incluya una descripción y el código de diagnóstico correspondiente al diagnóstico diferente de los aquí mencionados.

B) El paciente recibirá por primera vez terapia con Jakafi está recibiendo terapia con Jakafi está reiniciando la terapia con Jakafi

C) Información clínica opcional, si está disponible:

Nivel actual de plaquetas del paciente (/µl): <100K 100 a <150K 150 a 200K >200K Desconocido

Nivel de Hb (g/dl): _____ ¿El paciente recibe actualmente transfusiones de glóbulos rojos (RBC)? Sí No

Consulte la Información importante de seguridad sobre Jakafi en la página 4.

3 Receta médica: COMPLETE TODOS LOS DATOS para completar la receta médica. No se requiere una receta médica por separado.* Marque el casillero para indicar si Jakafi debe ser enviado al hogar del paciente o al consultorio del médico. Si existe una farmacia especializada preferida dentro de la red, indíquela aquí.

Después de confirmar la cobertura del seguro (o la aprobación del paciente para recibir asistencia a través del Programa), el medicamento deberá ser enviado a través de un proveedor de farmacia especializada a la dirección del hogar del paciente, salvo que el profesional indique lo contrario:

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____ Nombre del producto: _____

Dosis: 5 mg 10 mg 15 mg 20 mg 25 mg Indicaciones: _____

Medicamentos concurrentes: _____

Alergias: _____ Días de suministro: _____ Surtidos adicionales: _____

N.º de DEA: _____ Enviar a: Casa del paciente Consultorio del médico ¿Existe una farmacia especializada de preferencia? _____

*NOTAS DE LA RECETA MÉDICA: Los profesionales que emiten la receta deben enviar un formulario completo de receta por separado si así lo requiere la ley estatal. Esta receta médica es válida únicamente si se recibe por fax.

Firma del médico: _____ Fecha: _____ Firma del médico: _____ Fecha: _____
(no se aceptan sellos) (Sustitución permitida) (no se aceptan sellos) (Despáchese como se indica por escrito)

4 Declaración del médico: Se requiere la firma de un médico para que IncyteCARES realice una verificación de beneficios.

Ratifico que la información del paciente y del médico contenida en este formulario de inscripción es completa y exacta a mi leal saber y entender y que he recetado Jakafi conforme mi criterio profesional de necesidad médica.

Declaro y garantizo que poseo la autorización de mi paciente en archivo para (i) divulgar su información de salud y transferir dicha información a Incyte y a sus agentes para que la usen y divulguen según sea necesario a fin de suministrar servicios de reembolso y (ii) reenviar esta receta médica a una farmacia distribuidora en nombre de mi paciente.

Designo exclusivamente a IncyteCARES para que transfiera en mi nombre la receta médica aquí descrita a la farmacia elegida por o para el paciente arriba mencionado.

Autorizo a IncyteCARES para que realice una evaluación preliminar de la verificación del seguro para el paciente arriba mencionado y autorizo y solicito asimismo que el Programa me proporcione toda la información necesaria para completar una Carta de necesidad médica, tal como podría ser necesario como resultado de dicha evaluación de verificación del seguro.

Firma del médico: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Envíe el formulario completo por fax al 1-855-525-7207.

Consulte la información de prescripción completa adjunta, disponible también en <http://www.jakafi.com/pdf/prescribing-information.pdf>.

Jakafi es una marca registrada de Incyte Corporation.

© 2016 Incyte Corporation. Todos los derechos reservados. RUX-1940a 05/16 Nombre del paciente: _____





Formulario de Inscripción en el Programa IncyteCARES—Pacientes Página 1 de 2

P.O. Box 221798 • Charlotte, NC 28222-1798 • Teléfono: 1-855-4-Jakafi (1-855-452-5234) • Fax: 1-855-525-7207

Formulario de inscripción e instrucciones para obtener acceso, educación, apoyo y comunicaciones relacionados con Jakafi® (ruxolitinib). Consulte el sitio web, los materiales y la autorización del programa para obtener más detalles.

Hay instrucciones para completar cada sección. Escriba con letra clara y llene todos los campos del formulario.

1

Información del paciente: Incluya el nombre del paciente y del contacto alternativo y su relación con el paciente, con números de teléfono alternativos y mejor horario para llamar, a fin de que el Programa pueda llamarlo para conversar sobre los beneficios y el tratamiento de la enfermedad y la farmacia especializada pueda llamarlo para programar una entrega.

Nombre del paciente: _____ Dirección de envío: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Fecha de nacimiento: _____ Núm. del Seguro Social: _____

Número de teléfono: _____ Mejor horario para llamar: _____ N.º de teléfono alternativo: _____

Idioma principal: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Nombre de contacto alternativo: _____ Número de teléfono del contacto alternativo: _____

El paciente es residente de los Estados Unidos o Puerto Rico: No Sí

2

Información del seguro de recetas médicas del paciente: Incluya la información del seguro de recetas médicas del paciente: nombre del plan de recetas, N.º identificación, N.º de grupo y N.º de teléfono para facilitar el contacto con la compañía aseguradora de recetas del paciente para verificar los beneficios. Incluya una fotocopia de la(s) tarjeta(s) del seguro de recetas médicas, si es posible.

Aseguradora primaria de recetas médicas: _____ Teléfono: _____

N.º de identificación de la póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Aseguradora secundaria de recetas médicas: _____ Teléfono: _____

N.º de identificación de la póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Incluya una fotocopia de la(s) tarjeta(s) de seguro del paciente, si es posible.

3

Información financiera del paciente: COMPLETE TODOS LOS DATOS para ser considerado para recibir asistencia gratuita de medicamentos. Los pacientes recibirán una aprobación temporal si cumplen con los requisitos de elegibilidad, pero deben proporcionar documentación de ingresos (declaración de impuestos más reciente, formulario W2 o comprobantes de pago de 1 mes) en un plazo de 90 días para seguir siendo elegibles para recibir ayuda.

Ingreso anual actual del hogar: \$ _____

N.º de miembros del hogar que dependen del ingreso declarado anteriormente: _____ (incluya al solicitante)

Si desea ser considerado para recibir apoyo relacionado con el producto, proporcione información sobre el ingreso para determinar la posible elegibilidad. Si resulta aprobado para recibir apoyo, se le solicitará que presente la documentación (declaración de impuestos más reciente, formulario W2 o comprobantes de pago de 1 mes) en un plazo de 90 días.

4

Consentimiento del paciente para ser contactado: Acepto que Incyte, sus agentes y el Programa IncyteCARES (denominados conjuntamente "Incyte") se comuniquen conmigo en relación con información sobre los productos y servicios de Incyte a través de la siguiente dirección de correo electrónico y números de teléfono/fax:

Dirección de correo electrónico: _____

Números de teléfono: Trabajo: _____ Casa: _____ Celular: _____ Fax: _____



Cualquier asistencia de copagos o medicamento gratuito que se me proporcione a través de IncyteCARES está sujeto al cumplimiento de ciertos criterios de elegibilidad e Incyte puede, en cualquier momento y sin previo aviso, modificar o suspender IncyteCARES o cualquier ayuda que me proporcione de forma directa.

Envíe el formulario completo por fax al 1-855-525-7207.

Consulte la información de prescripción completa adjunta, disponible también en <http://www.jakafi.com/pdf/prescribing-information.pdf>.

Jakafi es una marca registrada de Incyte Corporation.

© 2016 Incyte Corporation. Todos los derechos reservados. RUX-1940a 05/16

Nombre del paciente: _____





Para ser completado y firmado por los pacientes

Programa IncyteCARES

P.O. Box 221798 • Charlotte, NC 28222-1798 • Teléfono: 1-855-4-Jakafi (1-855-452-5234) • Fax: 1-855-525-7207

Autorización del paciente para el Programa IncyteCARES

Autorizo a mis proveedores del cuidado de la salud (por ejemplo, médicos, farmacéuticos) y a mi compañía de seguro a divulgar información personal de salud sobre mi persona, incluyendo la información relacionada con mi afección y tratamiento médico, mi cobertura del seguro de salud y mi dirección postal, dirección de correo electrónico y número de teléfono (conjuntamente, mi "PHI") a Incyte, sus agentes y al Programa IncyteCARES (conjuntamente, "Incyte") a fin de que Incyte pueda usar dicha información para los siguientes propósitos: (i) ayudar en mi inscripción en IncyteCARES; (ii) evaluar mi elegibilidad para recibir asistencia de copagos o medicamentos gratuitos o derivarme a otros programas o fuentes de financiamiento y apoyo financiero; (iii) coordinar la entrega de Jakafi® (ruxolitinib) a mí o a mi proveedor del cuidado de la salud; (iv) proporcionar educación e información sobre los servicios y productos de Incyte, así como servicios de apoyo continuo para mí en relación con Jakafi; (v) recopilar comentarios sobre mi terapia y/o estado de la enfermedad, (vi) comunicarse conmigo por correo, correo electrónico, teléfono o fax para cualquiera de los propósitos anteriores y (vii) crear información que no me identifique personalmente para usarla para otros propósitos legítimos. Entiendo que mis proveedores farmacéuticos podrían recibir una compensación por la realización de dichas divulgaciones. También autorizo a mis proveedores del cuidado de la salud y a mi compañía de seguro a usar mi PHI para comunicarse conmigo en relación con los productos y servicios de Incyte y comprendo que es posible que ellos reciban una compensación por dichas comunicaciones. Comprendo que, una vez divulgada conforme a esta autorización, es posible que mi PHI ya no esté protegida por las leyes federales o estatales y podría ser divulgada por Incyte a otras personas, pero comprendo que Incyte hará todos los esfuerzos razonables para mantener su confidencialidad y divulgarla solo para los propósitos enunciados en esta autorización.

Entiendo que no tengo la obligación de firmar esta autorización para obtener tratamiento o beneficios de atención médica; sin embargo, a fin de recibir los servicios y las comunicaciones arriba descritos, debo firmar la autorización. Entiendo que puedo cancelar mi autorización en cualquier momento comunicándome con IncyteCARES por fax al 1-855-525-7207 o por correo a P.O. Box 221798, Charlotte, NC 28222-1798.

La cancelación de esta autorización entrará en vigencia cuando mis proveedores del cuidado de la salud y las compañías aseguradoras reciban la notificación pertinente por parte de Incyte, pero no se aplicará a la PHI que ya se haya utilizado o divulgado en virtud de esta autorización.

Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Esta autorización vence un año después de la fecha de mi firma, según figura a continuación, salvo que yo la cancele antes de esa fecha.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

Nombre del representante legal: _____

Firma: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

En caso de firma del Representante, describa la naturaleza de la relación con el paciente:

Envíe el formulario completo por fax al 1-855-525-7207.

Jakafi es una marca registrada de Incyte Corporation.

© 2016 Incyte Corporation. Todos los derechos reservados. RUX-1940a 05/16

Nombre del paciente: _____



Información importante de seguridad

- El tratamiento con Jakafi® (ruxolitinib) puede causar trombocitopenia, anemia y neutropenia, cada uno de los cuales es un efecto relacionado con la dosis. Realice un hemograma completo (HC) y controle los valores del HC cada 2 a 4 semanas hasta que se estabilicen las dosis; luego proceda según indicación clínica.
- Controle la trombocitopenia reduciendo la dosis o interrumpiendo temporalmente la terapia con Jakafi. Podría ser necesario realizar transfusiones de plaquetas.
- Los pacientes que desarrollen anemia podrían requerir transfusiones de sangre o modificaciones de la dosis de Jakafi.
- La neutropenia grave (RAN $<0.5 \times 10^9/l$) por lo general fue reversible mediante la suspensión de Jakafi hasta la recuperación.
- Se han presentado infecciones bacterianas, micobacterianas, micóticas y virales graves. Retrase el inicio de Jakafi hasta que se hayan resuelto las infecciones activas graves. Observe a los pacientes que reciben Jakafi para detectar síntomas de infección y controlarlos con rapidez.
- Se ha informado infección por tuberculosis (TB). Observe a los pacientes que están tomando Jakafi para detectar síntomas de TB activa y controlarla con rapidez. Antes de comenzar la terapia con Jakafi, evalúe los factores de riesgo de TB de los pacientes y haga pruebas a aquellos con mayor riesgo de infección latente. Consulte con un médico con experiencia en el tratamiento de la TB antes de comenzar la terapia con Jakafi en pacientes con evidencia de TB activa o latente. La decisión de continuar con Jakafi durante el tratamiento de la TB activa debe basarse en una evaluación global de los riesgos y beneficios.
- Se ha presentado leucoencefalopatía multifocal progresiva (PML, por sus siglas en inglés) con el tratamiento con ruxolitinib para la mielofibrosis. Si existe sospecha de PML, interrumpa la administración de Jakafi y evalúe.
- Informe a los pacientes sobre los primeros signos y síntomas del herpes zóster y aconséjeles obtener tratamiento temprano.
- Se han comunicado aumentos en la carga viral de la hepatitis B con y sin aumentos asociados de alanina aminotransferasa y aspartato aminotransferasa en pacientes con infecciones crónicas por el virus de la hepatitis B. Controle y trate a los pacientes con infección crónica por hepatitis B conforme a las directrices clínicas.
- Al suspender la terapia con Jakafi, es posible que puedan reaparecer los síntomas relacionados con las neoplasias mieloproliferativas en el plazo de una semana. Después de la suspensión, algunos pacientes con mielofibrosis han presentado fiebre, dificultad respiratoria, hipotensión, CID o insuficiencia multiorgánica. Si se presenta cualquiera de estas condiciones después de suspender Jakafi o mientras se ajusta la dosis, evalúe y trate cualquier enfermedad intercurrente y considere reiniciar o aumentar la dosis de Jakafi. Indique a los pacientes que no suspendan ni interrumpan la terapia con Jakafi sin consultar con su médico. Al suspender o interrumpir el uso de Jakafi por razones distintas de trombocitopenia o neutropenia, considere realizar una disminución progresiva antes que una suspensión abrupta.
- Se han presentado cánceres de piel no melanómicos, incluido cáncer de células basales, cáncer de células escamosas y carcinoma de células de Merkel. Realice evaluaciones periódicas de la piel.
- El tratamiento con Jakafi se ha asociado con un aumento en los niveles de colesterol total, colesterol de lipoproteínas de baja densidad y triglicéridos. Evalúe los parámetros lipídicos de 8 a 12 semanas después de iniciar Jakafi. Controle y trate conforme a las directrices clínicas para el manejo de la hiperlipidemia.
- Las tres reacciones adversas no hematológicas más frecuentes (incidencia $>10\%$) fueron hematomas, mareos y dolor de cabeza.
- Se recomienda modificar la dosis al administrar Jakafi con fuertes inhibidores de CYP3A4, fluconazol o en pacientes con deficiencia renal o hepática. Se debe controlar de cerca a estos pacientes y su dosis debe ajustarse basándose en la seguridad y la eficacia.
- No se recomienda el uso de Jakafi durante el embarazo y solo se debe usar si los potenciales beneficios justifican el posible riesgo para el feto. Las mujeres que toman Jakafi no deben amamantar.

Consulte la información de prescripción completa adjunta para Jakafi, disponible también en <http://www.jakafi.com/pdf/prescribing-information.pdf>.

Envíe el formulario completo por fax al 1-855-525-7207.



Jakafi es una marca registrada de Incyte Corporation.

© 2016 Incyte Corporation. Todos los derechos reservados. RUX-1940a 05/16

Nombre del paciente: _____