MIRATI & Me

# 项目报名申请表

MIRATI THERAPEUTICS

## 获得支持需要满足哪些要求?

请参阅以下每种要求的支持类型的相关信息。这些要求仅适用于通过 Mirati & Me 患者支持项目获得支持，而非意在限制您的药房或其他医疗保健提供者的任何治疗、支付或福利活动。

## 所申请的支持* (勾选所有适用项)

☐ **福利验证 (Benefits Verification)**
- 填写章节 1 2 4 5 6
- 传真医疗保险和处方药卡复印件

☐ **共付额援助计划 (Co-Pay Assistance)**
- 填写章节 1 2 4 5 6 7
- 需要处方医生签名

☐ **免费药品援助计划 (Free Product Assistance)**
- 填写章节 1 2 3 4 5 7 8
- 需要处方医生和患者签名

☐ **快速启动/桥接供应 (Quick Start/Bridge Supply)**
- 填写章节 1 2 4 5 6 7 8
- 需要处方医生和患者签名

☐ **患者/护理人员支持 (Patient/Caregiver Support)**
- 填写章节 1 2 4 5 6

如有任何疑问，请致电
**1-844-647-2842**

*存在一定的资格标准和限制要求。

## 第 1 节: 患者信息

患者名字 _____ 患者姓氏 _____

出生日期 _____

性别: ☐ 男性 ☐ 女性

街道地址 _____

城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

电子邮件地址 _____

主要联系方式
☐ 手机 ☐ 家庭电话 ☐ 工作电话

备用联系方式
☐ 手机 ☐ 家庭电话 ☐ 工作电话

是否同意在主要或备用电话上语音留言: ☐ 是 ☐ 否

是否同意接收短信†: ☐ 是 (需要提供手机号码) ☐ 否

†可能收取短信和数据流量费用。

**诊断**

诊断代码 (ICD-10 代码) _____

KRAS G12C 突变检测结果
☐ 阳性 ☐ 阴性 ☐ 未检测 ☐ 结果待定

所使用的 KRAS 检测方法
☐ NGS 检测 ☐ 单基因检测

并行治疗 (勾选所有适用项)
☐ 化疗 ☐ 免疫治疗 ☐ 放射治疗
☐ 靶向治疗 ☐ 其他

此前进行过的治疗 (勾选所有适用项)
☐ 化疗 ☐ 免疫治疗 ☐ 放射治疗
☐ 靶向治疗 ☐ 其他

## 第 2 节：保险信息

是否参加医疗保险？

☐ 是 ☐ 否

如果您对是否参加医疗保险的回答为“是”，**请提供以下信息以及保险卡正反面复印件**。如果回答为“否”，则表明您没有投保，可以跳过此节。

是否参加处方保险？

☐ 是 ☐ 否

如果您对是否参加处方保险的回答为“是”，**请提供以下信息以及保险卡正反面复印件**。如果回答为“否”，则可以跳过此节。

**处方保险：**

险种名称 保险公司电话

处方药编号 处方药群组编号

处方药 PCN 处方药 BIN 编号

**一级（主要）保险：**

险种名称 保单编号

保险公司电话 保单群组号码

持卡人姓名 持卡人出生日期

患者与持卡人的关系：☐ 自己 ☐ 配偶 ☐ 其他

**二级（次要）保险：**

险种名称 保单编号

保险公司电话 保单群组号码

持卡人姓名 持卡人出生日期

患者与持卡人的关系：☐ 自己 ☐ 配偶 ☐ 其他

## 第 3 节：财务信息（申请免费药品援助项目时需要提供）

**家庭全年总收入：** ☐

**家中总人口（包括申请人）：** ☐

**美国居民（包括美国领地）：** ☐ 是 ☐ 否

## 第 4 节：处方医生信息

处方医生姓名 处方医生姓氏

研究中心/设施名称 电话 传真

处方医生 NPI 编号 DEA 编号 州行医执照编号

办公室联系人姓名 职务 办公室联系人电话

办公室联系人传真 电子邮件

办公室街道地址 城市 州 邮政编码

## 第 5 节：处方

患者名字 患者姓氏 出生日期

☐ KRAZATI® (adagrasib) 200 mg 数量 ☐ 续药 ☐

☐ 按医嘱配药

用法用量

☐ Quick Start Rx（采用治疗的新患者）：
KRAZATI® (adagrasib) 200 mg（最多 15 天药量） 数量 ☐

☐ Bridge Rx（目前正在接受治疗）：
KRAZATI® (adagrasib) 200 mg（最多 30 天药量） 数量 ☐

用法用量

## 第 6 节：药房信息

☐ Onco360 ☐ Biologics ☐ 内部配药药房

药房名称 药房 NPI 编号 电话

*除非患者另有要求或患者的保险提供商要求患者使用指定药房，否则处方药将由可为参加患者保险计划患者提供最低分摊费用的授权药房提供。*

处方医生签名 日期

不允许以印章代替签名。

## 第 7 节：处方医生授权书*

经由以下签名，特此证明本人即为患者处方 KRAZATI® (adagrasib)（以下简称“药品”）的医生或医疗保健提供者/诊所的指定代理人，该药品对于患者的治疗具有必要性，且就本人所知，该表格上提供的信息准确无误。本人已根据《医疗保险流通与责任法案》（简称“HIPAA”）要求获得患者授权，可以在此表上使用和披露患者的个人身份健康信息（简称“PHI”），以便患者的其他医疗保健提供者（包括药房和 Mirati）、医疗保险公司以及参与患者治疗的其他相关人员进行初步保险核查并评估患者是否具备参与 Mirati & Me 计划的资格。本人同意 Mirati 可能通过与本人联系获得有关 Mirati & Me 或患者治疗的更多信息。本人了解向患者免费提供的任何药品均不收取费用。本人将不会向任何第三方支付方（包括但不限于联邦医疗保健计划）提出或致使提出任何有关此类药品支付的索赔。如果本人已经或即将持有此药品，将不会转售或试图转售此药品。本人同意遵守 Mirati & Me 准则，并理解 Mirati 保留在任何时候修改或终止 Mirati & Me 之权利。

处方医生签名 _____ 日期 _____

指定代理人姓名 _____ 职务 _____ 日期 _____

不允许以印章代替签名。

*处方医生应遵守诸如电子处方、州特定处方表格、传真语言等相应的州处方要求。未遵守相应的州处方要求可能导致 Mirati & Me 或其他承包商与处方医生进行额外沟通。

## 第 8 节：患者授权及同意书*

**参加 Mirati & Me 患者支持项目授权书**

本人证明，就本人所知，所提供的信息准确无误。上面已经列出本人可获得医疗保险覆盖的所有计划和项目。本人进一步证明本人没有投保（或由于支付方拒绝购买 KRAZATI® (adagrasib)（以下简称“药品”）而未投保），并且本人为美国居民。填写此表格并提供所要求的材料并不能保证本人获得参加 Mirati & Me（“项目”）的资格。Mirati & Me 保留对本人的经济需求作出独立判断的权利。如果本人获得参加该项目的资格，则不存在与此类援助相关的购买要求。基于该项目提供药品的费用不会计入任何联邦医疗保险自付额（“TrOOP”）费用。Mirati 保留在不另行通知的情况下随时修改或终止 Mirati & Me 以及为本人提供任何援助之权利。本人不会提出或致使提出要求任何第三方支付方（包括任何联邦医疗保健计划、任何私人保险计划，或任何其他实体）针对免费提供药品进行支付或报销的任何索赔，无论支付方后续是否确定覆盖此类药品。本人将不会销售、交易、分销或以其他方式转让基于本项目提供的药品。本人同意，如果本人通过其他渠道获得承保，不再符合此项目的收入标准，或者本人发现此申请表中存在任何错误，本人将会告知 Mirati & Me。如果本人获得批准，按着本人保险或其他福利提供方的要求，本人将会告知该提供方本人通过此项目收到的任何免费药品。本人理解，本人必须每年重新申请该项目，并且无法保证本人在此时或今后一段时间内符合资格要求。除非本人所居住州的法律要求更短期限或者授权书被撤销，否则本授权书将在以下授权书签署之日起一 (1) 年后失效。

## 第 8 节：患者授权及同意*（续）

**个人健康信息披露同意书**

本人授权本人的医疗保健提供者和工作人员（如医生、药房）和本人的保险公司以电子或其他形式向 Mirati、其附属机构、代理商、承包商和代表以及 Mirati & Me 披露个人健康信息，以便为本人提供与治疗相关的教育、Mirati 药品信息和支持服务、收集关于本人治疗和/或疾病状态的反馈、出于上述任何目的与本人联系、创建无法识别本人个人身份的信息用于其他合法目的。本人理解，本人的医疗保健提供者、药房、保险公司和 Mirati 承包商可能因 Mirati & Me 所提供的服务而处理本人 PHI（包括处方援助、财务援助和/或为本人提供此表格所述支持服务）并从 Mirati 获得报酬。本人理解，一旦据此授权进行披露，本人的 PHI 可能不再受到联邦或州法律的保护，且 Mirati 可能会将其披露给其他方，但本人也理解，Mirati 将以合理努力来保护本人的 PHI 隐私，且仅出于本授权所规定的目的进行披露。本人理解，本人可随时通过以下地址（PO Box 5490，Louisville，KY 40255 或 support@miratiandme.com）向 Mirati 发送包含本人姓名和地址的书面请求取消此授权。一旦授权撤销完毕后，相关各方可能不再分享本人的 PHI。撤销不会影响先前的 PHI 使用或披露。

**信用核查同意书（仅限免费药品援助项目）**

本人也理解，Mirati & Me 可能通过要求本人、本人的雇主、本人的医疗保健提供者或本人的保险公司提供文件核验本人的财务信息。Mirati 可能从 TransUnion 获取本人的信用档案信息，用于验证本人是否具备参加 Mirati & Me 的收入水平资格。本人理解，本人根据《公平信用报告法》（简称 “FCRA”）向 Mirati 提供 “书面说明”，授权 Mirati 从本人信用档案或 TransUnion 获取的信息仅可用于确定参与 Mirati & Me 的财务资格，且在参与 Mirati & Me 期间可根据需要持续获取此类信息。本人了解，本人有权要求获得此授权的副本。

患者签名 _____ 日期 _____

法定代表人签名 _____

法定代表人印刷体姓名 _____ 日期 _____

*以代表或监护人身份代表患者签署，即表示本人证明本人能够合法代表患者签署此类文件，且此签署适合本人身份。可能要求提供诸如授权书或法庭颁令等代表患者行事的此类监护人或代表权利之证明。

**请将填妥的表格传真至 1-844-647-2844**

KRAZATI、Mirati、Mirati 徽标和 Mirati & Me 均为 Mirati Therapeutics，Inc. 持有的商标。
© 2022 Mirati Therapeutics，Inc.保留所有权利。US-KRA-22-00227 11/2022

MIRATI THERAPEUTICS