

ELAHERE® (mirvetuximab soravtansine-gynx) Formulario de inscripción

Teléfono: 1-833-352-4373 | Fax: 1-833-464-6329 | Lunes a viernes, 8:00 A. M. a 8:00 P. M. hora del Este



Llene este formulario en su totalidad, obtenga la firma del paciente en las páginas 2 y 3, y envíelo por fax al 1-833-464-6329. Si el paciente no puede proporcionar una firma directamente en el formulario, acceda al [formulario de consentimiento](#) o llame al Programa de Servicios de Apoyo ELAHERE® al 1-833-352-4373 para que le envíen el enlace de consentimiento electrónico por correo electrónico.

SERVICIOS DISPONIBLES

- **Apoyo para el acceso:** Apoyo para el reembolso e investigación para autorización previa
- **Solo copago:** Determinación de la elegibilidad e inscripción en servicios de copago
- **Inscripción en el PAP:** Servicios gratuitos de medicamentos para pacientes elegibles

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Aviso de privacidad: Para obtener información sobre cómo recopilamos y procesamos sus datos personales, incluidas las categorías que recopilamos, los fines de su recopilación y las divulgaciones a terceros, visite <https://abbvie.com/PrivacyPatient>.

Consentimiento para procesar mi información personal confidencial: Mediante mi presentación del formulario del Programa de Servicios de Apoyo ELAHERE®, otorgo mi consentimiento para la recopilación, el uso y la divulgación de mis datos médicos personales, según se describe en el Aviso de privacidad anterior y en el Aviso de privacidad de AbbVie en la sección "Cómo podemos divulgar datos personales".

Se requiere mi consentimiento para procesar datos personales confidenciales en virtud de ciertas leyes de privacidad, y tengo derecho a retirar mi consentimiento visitando "Sus opciones de privacidad" en el sitio web de AbbVie.

Nombre			Apellido										
Fecha de nacimiento	/	/	Sexo	H <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Residente de los Estados Unidos o Puerto Rico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No				
Dirección			Ciudad			Estado		Código postal					
Teléfono del hogar		Teléfono móvil			Dirección de correo electrónico del paciente								
Contacto preferencial			<input type="checkbox"/> Teléfono móvil	<input type="checkbox"/> Teléfono de casa	<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Mensaje de texto	Mejor horario para llamar			<input type="checkbox"/> Por la mañana	<input type="checkbox"/> Por la tarde	<input type="checkbox"/> Por la noche	
Nombre de contacto alternativo						Teléfono de contacto alternativo							
Seguro			<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Gobierno	<input type="checkbox"/> Sin seguro	Seguro secundario						<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Gobierno
Nombre del seguro						Nombre del seguro secundario							
Número de teléfono del seguro						Número de teléfono del seguro secundario							
Número de identificación del seguro						Número de identificación del seguro secundario							
Número del grupo de seguros						Número de grupo de seguro secundario							
PARA PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA PACIENTES (PAP)													
Cantidad de miembros del hogar						Ingresos del hogar							

INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA

Nombre			Apellido							
NPI del médico que receta			Número de id. fiscal del médico que receta							
Nombre del centro			NPI del centro							
Dirección			Ciudad			Estado		Código postal		
Contacto principal de la oficina			Número de teléfono			Número de fax				
Forma de contacto preferida del médico que receta			<input type="checkbox"/> Teléfono del consultorio	<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Fax					
Teléfono de contacto de facturación			Correo electrónico de contacto de la oficina			Correo electrónico de contacto de facturación				

INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO

Diagnóstico primario
Código (ICD-10)

Infusión planeada
Fecha de inicio

Tratamientos previos Sí (de 1 a 3 tratamientos) No

INFORMACIÓN PARA LA RECETA (SOLO PAP)

Medicamentos actuales			Alergias a los medicamentos			
Medicamento	Concentración/presentación	Peso corporal ideal ajustado	Instrucciones de administración	Cant.	Resultidos	
ELAHERE® (mirvetuximab soravtansine-gynx) <input type="checkbox"/> Dispensar tal y como está escrito	<input type="checkbox"/> 100 mg/20 ml (5 mg/ml) en vial de dosis única		_____ mg i.v. cada 3 semanas			

- ¿Tiene el paciente un diagnóstico coherente con la indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o una indicación identificada como medicamento aceptada por un importante compendio de medicamentos, como el compendio de la Red Nacional Integral del Cáncer (National Comprehensive Cancer Network®, NCCN®)?

OBTENGA LAS FIRMAS DEL PACIENTE EN LAS PÁGINAS 2 Y 3 DE ESTE FORMULARIO

Consulte la [Información de prescripción completa](#), incluida la Advertencia del recuadro.

ELAHERE® (mirvetuximab soravtansine-gynx) Formulario de inscripción



CERTIFICACIÓN DE LA RECETA

Certifico que: (1) la información proporcionada es actual, completa y precisa a mi leal saber y entender; (2) la paciente tiene cáncer de ovario; (3) el medicamento recetado es médicamente necesario para esta paciente; (4) si esta paciente está buscando un medicamento sin costo alguno en virtud del programa de asistencia al paciente, el medicamento se ha recetado para una indicación aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) o para una indicación identificada como médicamente aceptada por un importante compendio de medicamentos, como el Compendio de medicamentos y biológicos de la Red Nacional Integral del Cáncer (NCCN); y (5) estoy autorizado conforme a la legislación estatal para recetar el medicamento y supervisaré la administración del medicamento.

Entiendo que el envío de este formulario de inscripción no garantiza que se proporcionará asistencia en virtud del Programa de Servicios de Asistencia ELAHERE® (el "Programa") y que AbbVie y sus empresas filiales, proveedores, agentes, socios de colaboración y representantes (en conjunto, "AbbVie") pueden cambiar o cancelar el Programa en cualquier momento. Acepto notificar inmediatamente a un representante del Programa si tengo conocimiento de cualquier cambio en la información médica, financiera y/o del seguro del paciente que pueda afectar a su elegibilidad para participar en el Programa. Acepto que el Programa pueda ponerse en contacto conmigo para obtener información adicional relacionada con la elegibilidad o participación de este paciente en el Programa por fax, correo electrónico y/o teléfono.

Entiendo que no tengo ninguna obligación de recetar ELAHERE. Acepto que, si este paciente recibe el medicamento sin costo alguno en virtud del Programa, el medicamento recibido se utilizará únicamente para este paciente y no presentaré reclamaciones ni intentaré recibir el reembolso de ese medicamento. Certifico que mi consultorio o centro recopila de forma rutinaria obligaciones de pago de los pacientes, incluidos, entre otros, copago, deducibles y/o coseguros.

Entiendo que toda la información proporcionada es para uso exclusivo de AbbVie y del Programa con el fin de verificar el estado de la cobertura del seguro de este paciente, evaluar la idoneidad del paciente para participar en los componentes aplicables del Programa y administrar el Programa de otro modo. Además, certifico que he obtenido de mi paciente todas las autorizaciones y/o consentimientos por escrito necesarios para la divulgación de la información personal, médica y del seguro de mi paciente al Programa. Al firmar este formulario de inscripción, autorizo la divulgación de información médica del paciente u otra información a los representantes y proveedores de servicios del Programa (incluido, entre otros, farmacias dispensadoras) para su uso y divulgación según sea necesario en relación con la inscripción y participación de este paciente en el Programa.

Firma de certificación del médico que receta (se requiere la firma original)

Fecha

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE

Certifico que tengo 18 años o más y que soy residente de los Estados Unidos o Puerto Rico, y que estoy recibiendo atención de un profesional de atención médica autorizado para recetar, dispensar y administrar medicamentos con receta en los Estados Unidos.

Al marcar una o más casillas a continuación, solicito inscribirme en uno o más de los componentes del Programa de Servicios de Apoyo de ELAHERE (el "Programa"). Autorizo a AbbVie y a sus empresas afiliadas, proveedores, agentes, socios de colaboración y representantes (en conjunto, "AbbVie") para que me proporcionen asistencia en virtud del Programa. Certifico que la información proporcionada es actual, completa y precisa a mi leal saber y entender, y acepto notificar al Programa llamando al 1-833-ELAHERE (352-4373) inmediatamente si se produce algún cambio en la información proporcionada. Entiendo que AbbVie puede solicitar información adicional relevante para mi elegibilidad o participación en el Programa, y que puede revisar y auditar cualquier información proporcionada para confirmar su exactitud. Entiendo que AbbVie puede cambiar o cancelar el Programa en cualquier momento.

Apoyo para el acceso (ayuda para determinar los requisitos de cobertura y de medicamentos y otro apoyo para el reembolso)
Tenga en cuenta que el Apoyo para el acceso se proporciona a todos los pacientes del Programa porque dicho apoyo es necesario para confirmar la elegibilidad para la Asistencia con el copago y el Programa de asistencia al paciente.

Asistencia con el copago (ayuda financiera con obligaciones de copago, deducible o coseguro de pacientes con seguro comercial)
Al marcar esta casilla, certifico que busco asistencia con el copago y que: (1) Tengo un seguro médico comercial y no estoy inscrito en ningún programa médico financiado por el gobierno, incluidos, entre otros, atención de la salud en virtud de Medicare, Medicaid, Medigap, TRICARE, Veterans Affairs, ningún programa de asistencia para recetas estatal ni seguro médico gubernamental de Puerto Rico; (2) mi seguro médico comercial no prohíbe el uso de asistencia con el copago y (3) notificaré cualquier asistencia con el copago a mi aseguradora médica según sea necesario.

Programa de asistencia al paciente (ELAHERE sin costo alguno para los pacientes elegibles con necesidad financiera)
Al marcar esta casilla, certifico que busco ayuda económica para el paciente y que entiendo que debo cumplir los requisitos específicos de elegibilidad para recibir ELAHERE sin costo alguno en virtud del Programa. Dichos requisitos incluyen no estar asegurado o tener un seguro insuficiente según lo definido por los estándares del Programa y cumplir los lineamientos sobre ingresos del Programa, que actualmente requieren ingresos brutos anuales iguales o inferiores al 600 % del nivel de pobreza federal. **Sin seguro** significa que no tengo cobertura de seguro de beneficios médicos, y **seguro insuficiente** significa que tengo un seguro que no cubre ELAHERE, o que mi seguro ha denegado la cobertura de ELAHERE para mí incluso después de una apelación o que mi seguro cubre ELAHERE, pero tiene un copago, coseguro o deducible que no puedo pagar.

Entiendo que mis ingresos se validarán a través de la herramienta de evaluación de ingresos del hogar de Experian Health. Por lo tanto, proporciono "instrucciones escritas" a AbbVie y Sonexus Health en virtud de la Ley de Información Justa de Créditos (Fair Credit Reporting Act) que autoriza al Programa a obtener información de mi perfil de crédito u otra información de Experian Health. Autorizo a AbbVie y Sonexus Health a obtener dicha información únicamente con el fin de determinar las calificaciones financieras para el Programa. Entiendo que debo aceptar afirmativamente los términos de este aviso firmando a continuación para continuar con el proceso de selección financiera del Programa. Si mis ingresos no pueden verificarse a través de Experian, entiendo que el Programa puede solicitarme otra prueba de ingresos, como mi formulario 1040 del IRS.

Entiendo que, si cumplo los requisitos y estoy inscrito en el Programa, no es necesario que reciba tratamiento de ningún proveedor y que puedo interrumpir el tratamiento en cualquier momento. Entiendo que ni a mí ni a mi seguro médico se nos cobrará ningún medicamento proporcionado sin costo. Certifico que no solicitaré el reembolso de mi seguro médico ni de ningún tercero por el medicamento proporcionado sin costo. Entiendo que la elegibilidad para dicho medicamento se volverá a verificar mensualmente.

Puede encontrar más información sobre los términos y condiciones del programa, incluidos los requisitos de elegibilidad, en www.ELAHERE.com.

Mi firma certifica que he leído y entendido las afirmaciones anteriores, y que acepto los términos descritos.

Nombre del paciente o representante autorizado

Firma

Fecha

Relación con el representante (si procede)

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA RECIBIR ALERTAS DE MENSAJE DE TEXTO SOBRE EL PROGRAMA Y LOS RECURSOS DEL PACIENTE

Número de teléfono celular del paciente

Texto de consentimiento: Otorgo mi consentimiento para recibir mensajes de texto automáticos y recurrentes del programa de "AbbVie", incluidas actualizaciones de servicios, recordatorios de reposición y notificaciones de recetas al número de teléfono móvil mencionado anteriormente. Pueden aplicarse tarifas de mensajes y datos. No estoy obligado a dar mi consentimiento como condición para recibir bienes o servicios. Puedo responder con la palabra HELP para obtener ayuda. Puedo responder con la palabra STOP en cualquier momento para dejar de recibir los mensajes. Vea el [Aviso de privacidad](#) y los T&C del uso del móvil aquí.

BTENGA LAS FIRMAS DEL PACIENTE EN LAS PÁGINAS 2 Y 3 DE ESTE FORMULARIO

Consulte la [Información de prescripción completa](#), incluida la [Advertencia del recuadro](#).

AUTORIZACIÓN SEGÚN HIPAA (REVISE Y FIRME A CONTINUACIÓN)

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA: Autorizo a mis proveedores de atención médica y personal, plan de salud, y farmacias (en conjunto, mis "Proveedores de atención médica") a divulgar información de identificación individual sobre mí, mi salud o afección(es), tratamiento y atención que haya recibido, mi cobertura de seguro, mi información de pago, y mis historial de medicamentos y recetas (en conjunto, "Información médica protegida") a AbbVie Inc. y/o sus afiliadas designadas, agentes, representantes, y proveedores de servicios (en conjunto, "AbbVie") para que AbbVie realice lo siguiente:

- (i) inscribirme en, proporcionar, operar y administrar el Programa de Servicios de Apoyo ELAHERE ("Programa");
- (ii) proporcionarme información sobre el Programa; y
- (iii) desarrollar, evaluar y mejorar productos, servicios, materiales y programas relacionados con mi afección o tratamiento. Entiendo que la información médica protegida divulgada a AbbVie en virtud de esta Autorización ya no estará protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), y puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de AbbVie.

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta Autorización y que mis Proveedores de atención médica no condicionarán de otro modo mi tratamiento, pago, inscripción en el seguro médico o elegibilidad para recibir beneficios de atención médica a los que, de otro modo, tengo derecho ya sea que firme o no esta Autorización. Sin embargo, entiendo que si no firmo esta Autorización, no puedo participar en el Programa. Entiendo que esta Autorización expirará una vez que deje de participar en el Programa, a menos que la cancele antes. Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento haciendo una solicitud de derechos del titular de los datos en <https://abbviemetadata.my.site.com/AbbvieDSRM> o escribiendo a privacydsr@abbvie.com. Sin embargo, entiendo que si cancelo esta Autorización, dicha acción finalizará mi inscripción en el Programa. Entiendo que la cancelación de esta Autorización no afectará el uso o la divulgación de mi Información médica protegida que ya ha tenido lugar en función de esta Autorización.

Mi firma a continuación certifica que he leído, entendido y aceptado la divulgación de mi Información médica protegida de conformidad con esta Autorización. Confirmando que la información proporcionada es verdadera y correcta. Si soy el cuidador/representante del paciente, confirmo que estoy autorizado a firmar en nombre del paciente.

Nota: Tiene derecho a recibir una copia de esta Autorización. Puede imprimir o guardar una copia de esta Autorización y conservar una copia para sus registros.

Nombre del paciente o representante autorizado

Firma

Fecha

Relación con el representante (si procede)

Consulte la [Información de prescripción completa](#), incluida la Advertencia del recuadro.