

ELAHERE® (mirvetuximab soravtansine-gynx) Formulario de inscripción

Teléfono: 1-833-352-4373 | Fax: 1-833-464-6329 | Lunes a Viernes,
8 A. M. a 8 P. M. horario 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 firmar directamente en el formulario, se puede escanear el código QR para obtener el consentimiento electrónicamente.

SERVICIOS DISPONIBLES

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

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre		Apellido		
Fecha de nacimiento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro	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		
Grupo de seguros		Grupo de identificación de seguro secundario		

INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE RECETA

Nombre		Apellido		NPI del médico que receta		
Nombre del centro		Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Contacto principal de la oficina			Número de fax			
Número de teléfono			Correo electrónico de contacto de la oficina			
Teléfono del contacto de facturación			Correo electrónico de contacto de facturación			

INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO

Diagnóstico primario Código (ICD-10)	Infusión planeada Fecha de inicio	Tratamientos previos <input type="checkbox"/> Sí (de 1 a 3 tratamientos) <input type="checkbox"/> No
---	--------------------------------------	--

INFORMACIÓN PARA LA RECETA (SOLO PAP)

Medicamentos actuales		Alergias a los medicamentos			
Medicamento	Concentración/Formulario	Peso corporal ideal ajustado	Instrucciones de administración	Cant.	Resurtidos
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)?

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 medicamento 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 medicamento 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 ImmunoGen y sus empresas filiales, proveedores, agentes, socios de colaboración y representantes (en conjunto, "ImmunoGen") pueden cambiar o cancelar el Programa en cualquier momento. Acepto notificar de inmediato a un representante del Programa si tengo conocimiento de cualquier cambio en la información médica, financiera 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 ImmunoGen 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 de 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 (incluidas, entre otras, 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

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

Consulte la [información para la receta completa](#), incluida la advertencia del recuadro.

ELAHERE® (mirvetuximab soravtansine-gynx) Formulario de inscripción



CERTIFICACIÓN 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 ImmunoGen y a sus empresas afiliadas, proveedores, agentes, socios de colaboración y representantes (en conjunto, "ImmunoGen") 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 ImmunoGen 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 ImmunoGen puede cambiar o cancelar el Programa en cualquier momento.

Entiendo que mi información médica, mi información de contacto y otra información que yo, mis profesionales de atención médica, aseguradoras y otras personas compartimos con ImmunoGen y que el Programa se recopila para proporcionarme la asistencia que solicito y para otros fines comerciales del Programa, tal como se describe en este Formulario de inscripción y en la Política de privacidad de ImmunoGen, disponible en línea en <https://www.immunogen.com/privacy-policy/>. Según dónde viva, puedo tener ciertos derechos con respecto a mi información, incluida la solicitud de acceso o eliminación de mi información personal. Soy consciente de que ImmunoGen podría no estar obligado a satisfacer mis solicitudes en determinadas circunstancias. Entiendo que, para ejercer estos derechos, puedo ponerme en contacto con la Oficina de privacidad enviando un correo electrónico a Privacy@ImmunoGen.com o llamando al 1-833-ELAHERE.

Apoyo para el acceso (ayuda para determinar los requisitos de cobertura y de medicamentos, así como 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 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, Medicare, Medicaid, Medigap, TRICARE, Veterans Affairs healthcare, 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 ImmunoGen 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 ImmunoGen y Sonexus Health a obtener dicha información únicamente con el fin de determinar las cualificaciones 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 Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, 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 entiendo 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 ALERTAS DEL PROGRAMA Y RECURSOS DEL PACIENTE

Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para recibir alertas del programa por parte del Programa o en nombre de este mediante mensajes de texto al/a los número(s) de teléfono móvil proporcionados. Confirmando que soy el suscriptor del/de los número(s) de teléfono móvil proporcionados y acepto notificar al Programa con prontitud si mi(s) número(s) cambia(n) en el futuro. Entiendo que pueden aplicarse las tarifas de datos y mensajes de texto de mi proveedor de servicios inalámbricos. Entiendo que puedo enviar un mensaje con la palabra STOP (finalizar) para cancelarlo. También entiendo que en el futuro se me proporcionarán términos y condiciones adicionales de los mensajes de texto como parte de un mensaje de texto de confirmación de inclusión. Entiendo que mi consentimiento no es necesario como condición para comprar ningún bien o servicio de ImmunoGen. Tengo derecho a recibir una copia de este consentimiento para mis registros.

OBTENGA LA FIRMA DEL PACIENTE EN LA PÁGINA 3 DE ESTE FORMULARIO

Consulte la [información para la receta completa](#), incluida la advertencia del recuadro.

AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE (REVISE Y FIRME A CONTINUACIÓN)

Al firmar esta autorización, autorizo a cada uno de mis médicos, farmacéuticos, incluida cualquier farmacia no comercial que reciba mi receta de ELAHERE (en conjunto, "mi medicamento recetado"), y otros profesionales de atención médica (en conjunto, "profesionales de atención médica") y cada uno de mis aseguradoras médicas (en conjunto, las "Aseguradoras") para divulgar mi información médica, incluidos, entre otros, los registros médicos, información relacionada con mi afección médica y tratamiento, mi cobertura de seguro médico, mi nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social, plan de seguro y/o número de grupo (en conjunto, "Información médica") a ImmunoGen y sus empresas filiales, proveedores, agentes, socios de colaboración, y representantes (en conjunto, "ImmunoGen") con el fin de inscribirme y proporcionarme servicios en virtud del Programa de Servicios de Apoyo de ELAHERE (colectivamente, el "Programa"), como se describe a continuación.

Concretamente, autorizo el uso y la divulgación de mi Información médica para:

- I. Determinar si soy elegible para participar en el Programa, inscribirme y ponerme en contacto conmigo acerca del Programa, incluidos los servicios de apoyo para el acceso, con el copago y de asistencia financiera para el paciente.
- II. Comunicarme con mis profesionales de atención médica y aseguradoras sobre los beneficios, la cobertura y la atención médica, incluido el cumplimiento con los tratamientos del medicamento.
- III. Facilitar la dispensación de mi receta por parte de una farmacia no comercial.
- IV. Proporcionarme materiales educativos, información y servicios relacionados con mi experiencia con el tratamiento con el medicamento que me han recetado y mi afección.
- V. Verificar, investigar y coordinar con mis aseguradoras en relación con el medicamento que me han recetado.
- VI. Realizar encuestas, análisis de datos, investigación de mercado y otras actividades comerciales internas, relacionadas con el Programa y los medicamentos y programas de ImmunoGen.
- VII. Comunicarse conmigo según lo exija o lo permita la ley.

Una vez que mi información médica se ha divulgado al Programa, entiendo que las leyes federales de privacidad ya no protegen la información. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi elección sobre si firmar no cambiará la forma en que me tratan mis profesionales de atención médica o aseguradoras, pero no tendré acceso al Programa ni a los servicios prestados en virtud del Programa. Si me niego a firmar la autorización o revocarla más adelante, entiendo que esto significa que no podré participar ni recibir asistencia a través del programa.

Entiendo que mi autorización firmada es válida durante 2 años a partir de la fecha de la firma, a menos que la ley exija un periodo más corto, y que puedo revocar esta autorización en cualquier momento en el futuro, excepto en el caso de que se hayan tomado medidas de acuerdo con la autorización. Entiendo que, para revocar esta autorización, puedo enviar una solicitud a 2730 S. Edmonds Ln, STE 300, Lewisville, TX, 75067, por fax a 1-833-IMG-N-FAX (464-6329), o llamar al 1-833-ELAHERE (352-4373). Entiendo que la revocación de esta autorización terminará con usos y divulgación posteriores de mi información de la salud por parte de las partes identificadas anteriormente, excepto en la medida en que dichos usos y divulgaciones se hayan hecho en virtud de esta autorización, según lo permita la legislación aplicable. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Mi firma certifica que he leído y entiendo la autorización del paciente proporcionada más arriba.

Nombre del paciente o representante autorizado

Firma

Fecha

Relación con el representante (si procede)

Consulte la [información para la receta completa, incluida la advertencia del recuadro.](#)