



Escanee con su dispositivo móvil para agregar la información de contacto de SpringWorks CareConnections

Para obtener ayuda, llame a SpringWorks CareConnections™ al 844-CARES-55 (844-227-3755), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 10:00 p. m., hora del Este.

SECCIÓN 1 | Información del paciente

Nombre y apellido del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Género M F
 Domicilio postal: _____ Dpto.: _____ Ciudad: ^{MM}____ ^{DD}____ ^{AAAA}____
 Estado: _____ C.P.: _____ Celular: (____) _____ Núm. preferido Tel. alternativo: (____) _____ Núm. preferido
 Correo electrónico: _____ Idioma principal: _____
 Estatura del paciente: _____ Fecha de la última verificación: ____/____/____ Peso del paciente: _____ Fecha de la última verificación: ____/____/____
 Método preferido de contacto: Llamada Mensaje Correo electrónico Hora del día preferida para contactar: Mañana Tarde Noche
 Nombre del representante legal: _____ Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: (____) _____

SECCIÓN 2 | Información financiera del paciente (requerida para verificar su elegibilidad para el Programa de Ayuda al Paciente)

Cantidad de miembros del hogar (incluyendo el paciente): _____ Ingresos brutos anuales del hogar: \$ _____

SECCIÓN 3 | Consentimientos del paciente

MENSAJE DE TEXTO Autorizo a SpringWorks Therapeutics o a otros en su nombre a ponerse en contacto conmigo mediante SMS/mensaje de texto automatizado en relación con cualquiera de los servicios antes mencionados, mi afección o mi tratamiento. Entiendo que no me es obligatorio proporcionar este consentimiento como condición para comprar ningún bien o servicio. Pueden aplicarse tarifas por mensajes y datos. Puede encontrar los Términos y condiciones en <https://springworkstxcares.com/downloads/CareConnections-Mobile-Terms-and-Conditions.pdf>. Puede consultar la Política de privacidad en <https://springworkstx.com/privacy-policy>.

Autorización del paciente: He leído y recibido una copia del texto de consentimiento en las páginas 3 y 4 de la Sección 10 y acepto la Autorización para divulgar/utilizar información médica.

Programa de Ayuda al Paciente: He leído y acepto inscribirme en el Programa de ayuda al paciente SpringWorks CareConnections y las Certificaciones del paciente en las páginas 3 y 4 de la Sección 10.

FIRME AQUÍ 1 de 2

Firma del paciente o representante legal ^{MM} ____ ^{DD} ____ ^{AAAA} ____

Relación con el paciente (si procede)

FIRME AQUÍ 2 de 2

Firma del paciente o representante legal ^{MM} ____ ^{DD} ____ ^{AAAA} ____

Relación con el paciente o representante legal (si procede)

SECCIÓN 4 | Información sobre el seguro del paciente

NOTA: Puede adjuntar una copia de ambas caras de las tarjetas de seguro del paciente en lugar de, o además de, lo siguiente:

Cobertura: Comercial/Privado Medicare Medicaid VA/DoD/TRICARE Otro Sin seguro

Nombre del seguro primario de medicamentos con receta: _____ Número de grupo: _____

Número de teléfono: (____) _____ Id. de la póliza: _____ Número PCN: _____ Número BIN: _____

Nombre y apellido del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____/____/____
^{MM} ____ ^{DD} ____ ^{AAAA} ____

Relación del titular de la póliza con el paciente: _____

Nombre del seguro secundario para medicamentos con receta: _____ Número de grupo: _____

Número de teléfono: (____) _____ Id. de la póliza: _____ Número PCN: _____ Número BIN: _____

Nombre y apellido del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____/____/____
^{MM} ____ ^{DD} ____ ^{AAAA} ____

Relación del titular de la póliza con el paciente: _____

SECCIÓN 5 | Estado del seguro del paciente

SpringWorks CareConnections verificará la cobertura del seguro de su paciente. Comparta cualquier información sobre cobertura que ya haya obtenido.

¿Se ha iniciado una autorización previa (AP)? Sí No En caso afirmativo, estado de la AP: Aprobada Denegada Pendiente

¿Se ha iniciado una apelación? Sí No En caso afirmativo, estado de la apelación: Aprobada Denegada Pendiente

NOTA: Adjunte cualquier carta relevante de aprobación o denegación de la aseguradora.

SECCIÓN 6 | Información clínica del paciente

NOTA: Adjunte cualquier nota clínica o resultado de laboratorio relevante para la terapia

1. Seleccione el código ICD-10-CM **Q85.01**: **Q85.01** Neurofibromatosis, tipo 1

2. Seleccione el código adecuado de ubicación para los PN asociados a NF1 (**seleccione todas las opciones que correspondan**):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> D33.3 Neoplasia benigna de los nervios craneales | <input type="radio"/> D36.12 Neoplasia benigna de los nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo, miembro superior, incluyendo el hombro | <input type="radio"/> D36.15 Neoplasia benigna de los nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo del abdomen |
| <input type="radio"/> D36.10 Neoplasia benigna de los nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo, no especificada | <input type="radio"/> D36.13 Neoplasia benigna de los nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo de la extremidad inferior, incluyendo la cadera | <input type="radio"/> D36.16 Neoplasia benigna de los nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo de la pelvis |
| <input type="radio"/> D36.11 Neoplasia benigna de los nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo de la cara, la cabeza y el cuello | <input type="radio"/> D36.14 Neoplasia benigna de los nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo del tórax | <input type="radio"/> D36.17 Neoplasia benigna de los nervios periféricos y del sistema nervioso autónomo del tronco, no especificada |
| | | <input type="radio"/> Otro: _____ |

¿Notas clínicas adjuntas? Sí No

Alergias: _____ Medicamentos actuales: _____

Tratamiento previo recibido: Sí No, no tratado anteriormente

En caso afirmativo, **seleccione todas las opciones que correspondan**: Cirugía previa En caso afirmativo: Fecha ____/____/____ Terapia sistémica previa (**especifique a continuación**)

Nombre del medicamento: _____ Fecha de inicio: ____/____/____ Fecha de finalización: ____/____/____ Actual

Nombre del medicamento: _____ Fecha de inicio: ____/____/____ Fecha de finalización: ____/____/____ Actual

Otro: _____

SECCIÓN 7 | Información del médico que prescribe

Nombre y apellidos de quien prescribe: _____ Título de quien prescribe: _____
 Especialidad de quien prescribe: _____ Número NPI: _____ Número de identificación fiscal: _____ Número DEA: _____
 Nombre del sitio/centro: _____ Dirección postal: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____ Tel.: (____) _____ Fax: (____) _____
 Nombre y apellido del contacto del consultorio: _____ Correo electrónico del contacto del consultorio: _____
 Teléfono: _____ Método preferido de contacto: Teléfono Correo elec. Fax

SECCIÓN 8 | Receta de GOMEKLI™ (mirdametinib)

NOTA: Llene la sección Información de prescripción de GOMEKLI Y la sección 8A u 8B (si procede).

INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN DE GOMEKLI

La dosis recomendada de GOMEKLI es de 2 mg/m² por vía oral dos veces al día (aproximadamente cada 12 horas) con o sin alimentos durante los primeros 21 días de cada ciclo de 28 días. La dosis máxima es de 4 mg dos veces al día. Continúe el tratamiento con GOMEKLI hasta que la enfermedad evolucione o se produzca una toxicidad inaceptable. La dosis recomendada se basa en el área de superficie corporal (ASC). Consulte la información de prescripción en EE. UU. para conocer las dosis recomendadas y las modificaciones.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
MM DD AAAA

Código Nacional del Medicamento (NDC): Cápsulas: 1 mg (NDC: 82448-130-42) 42 por frasco | 2 mg (NDC: 82448-260-42) 42 por frasco | 2 mg (NDC: 82448-260-84) 84 por frasco
 Comprimidos: 1 mg (NDC: 82448-134-42) 42 por frasco | 1 mg (NDC: 82448-134-84) 84 por frasco

Medicamento	Forma de dosificación, concentración y cantidad	Renovación	Instrucciones de dosificación
<input type="radio"/> 8. PRESCRIPCIÓN DE GOMEKLI	<input type="radio"/> ____ cápsulas de 1 mg (suministro para 21 días) <input type="radio"/> ____ cápsulas de 2 mg (suministro para 21 días) <input type="radio"/> ____ comprimidos de 1 mg (suministro para 21 días)	_____	<input type="radio"/> Cápsulas: ____ mg por vía oral dos veces al día <input type="radio"/> Comprimidos: ____ mg para ingerir enteros o diluidos y administrados como suspensión oral dos veces al día
<input type="radio"/> 8A. PROGRAMA DE INICIO RÁPIDO DE GOMEKLI (PACIENTE NUEVO)	<input type="radio"/> ____ cápsulas de 1 mg (suministro para 21 días) <input type="radio"/> ____ cápsulas de 2 mg (suministro para 21 días) <input type="radio"/> ____ comprimidos de 1 mg (suministro para 21 días)	Hasta 5	<input type="radio"/> Cápsulas: ____ mg por vía oral dos veces al día <input type="radio"/> Comprimidos: ____ mg para ingerir enteros o diluidos y administrados como suspensión oral dos veces al día
Autorizo el suministro de GOMEKLI como se muestra arriba a mi paciente si experimenta un retraso calificado en la obtención de la cobertura del seguro. Certifico que mi paciente no ha sido tratado previamente con GOMEKLI, necesita GOMEKLI de forma inmediata por razones médicas y cumple todos los criterios de elegibilidad que aparecen en springworkstxcare.com/gomekli/hcp .			
<input type="radio"/> 8B. PROGRAMA PUENTE DE GOMEKLI (PACIENTE EXISTENTE)	<input type="radio"/> ____ cápsulas de 1 mg (suministro para 21 días) <input type="radio"/> ____ cápsulas de 2 mg (suministro para 21 días) <input type="radio"/> ____ comprimidos de 1 mg (suministro para 21 días)	Hasta 2	<input type="radio"/> Cápsulas: ____ mg por vía oral dos veces al día <input type="radio"/> Comprimidos: ____ mg para ingerir enteros o diluidos y administrados como suspensión oral dos veces al día
Autorizo el suministro de GOMEKLI como se muestra arriba a mi paciente si experimenta una interrupción calificada en la cobertura del seguro. Certifico que mi paciente cumple todos los criterios de elegibilidad que aparecen en springworkstxcare.com/gomekli/hcp .			

DISPENSAR COMO ESTÁ ESCRITO

QUIEN PRESCRIBE
FIRME AQUÍ



Firma de quien prescribe: _____ Fecha: ____/____/____
MM DD AAAA

Instrucciones especiales: _____

MI FIRMA ARRIBA CERTIFICA QUE LA PERSONA NOMBRADA EN ESTE FORMULARIO ES MI PACIENTE, QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA, A MI LEAL SABER Y ENTENDER, ESTÁ COMPLETA Y ES PRECISA, Y QUE LA TERAPIA CON GOMEKLI ES MÉDICAMENTE NECESARIA. VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DE LOS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA EN ESTE FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN FUE ESCRITA POR MÍ O BAJO MIS INSTRUCCIONES Y QUE HE ANALIZADO CON MI PACIENTE EL PROGRAMA SpringWorks CareConnections™ o cualquier otro servicio y actividad de ayuda al paciente afiliado a SpringWorks (el "Programa de ayuda al paciente"). Autorizo a SpringWorks CareConnections a enviar la receta anterior a la farmacia especializada apropiada para mi paciente. Entiendo que no tengo ninguna obligación de prescribir ningún producto de SpringWorks y que no he recibido ni recibiré ningún beneficio de SpringWorks por hacerlo. Notificaré a SpringWorks inmediatamente si la terapia con GOMEKLI ya no es médicamente necesaria para el tratamiento de este paciente o si cambia el seguro o el estado financiero de mi paciente. Entiendo que debo cumplir con los requerimientos específicos de prescripción del estado donde ejerzo, tales como prescripción electrónica, formulario de prescripción específico del estado, lenguaje de fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado puede provocar que la farmacia que suministra el medicamento se comunique conmigo. No solicitaré el reembolso a ningún tercero pagador o entidad gubernamental por ningún producto proporcionado sin costo por SpringWorks. Los médicos que recetan en todos los estados deben cumplir las leyes aplicables para que la receta sea válida. Los médicos que recetan en los estados que requieren un formulario oficial deben enviar una receta en papel junto con este formulario de inscripción.

CONSENTIMIENTO
DEL MÉDICO
QUE PRESCRIBE

Certifico que he obtenido todos los consentimientos, autorizaciones y permisos necesarios, incluyendo los de mi paciente, requeridos por las leyes estatales y federales aplicables, que abarcan los requisitos aplicables impuestos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 y las leyes estatales aplicables necesarias para divulgar la información médica identificable individualmente incluida en este formulario a SpringWorks y a SpringWorks CareConnections, y a cada uno de sus respectivos agentes y proveedores de servicios designados, y para que SpringWorks y SpringWorks CareConnections utilicen dicha información con el fin de verificar la cobertura y elegibilidad del seguro de mi paciente; ayudar con recursos e información de asistencia financiera, como ayuda para el copago o programas de ayuda al paciente para medicamentos gratuitos a los que el paciente pueda tener derecho; coordinar la dispensación del medicamento recetado a mi paciente; comunicarse con el paciente para proporcionarle material educativo sobre el medicamento recetado; y presentar los servicios de ayuda de SpringWorks a mi paciente (por ejemplo, el Programa de ayuda al paciente), lo que incluye comunicarse con mi paciente por teléfono o correo con estos fines.

SECCIÓN 9 | Farmacia especializada preferida

Sin preferencia Biologics by McKesson Onco360 En el consultorio Farmacia de suministro médicamente integrada
 Si la farmacia preferida es un centro de suministro integrado médico elegible:
 NPI de la farmacia: _____ Nombre de contacto: _____ Tel.: (____) _____ Fax: (____) _____

¿Ya se ha enviado una receta de GOMEKLI a una farmacia?
 Sí No En caso afirmativo, fecha de prescripción: ____/____/____
MM DD AAAA

Nombre de la farmacia: _____

Consulte la información completa de prescripción en springworkstx.com/gomekli-prescribing-info.

A COMPLETAR POR EL MÉDICO QUE PRESCRIBE

SECCIÓN 10 | Autorización y certificaciones

Por la presente autorizo y doy instrucciones a mis proveedores de atención médica, farmacias y aseguradoras médicas, así como a su respectivo personal y proveedores de servicios (“Entidades de atención médica”) para que utilicen y divulguen la siguiente información (“Información personal”) sobre mí que obra en su poder a SpringWorks Therapeutics, Inc. (“SpringWorks”) y a sus representantes, filiales, contratistas, agentes, proveedores y colaboradores (colectivamente “Entidades de SpringWorks”):

- Información sobre mi afección y tratamiento, que incluye diagnósticos relevantes, prescripciones e información médica relacionada (incluyendo la información sobre la dispensación y la renovación);
- Información sobre los beneficios de mi seguro médico, incluyendo los deducibles y los gastos de bolsillo.
- Toda la información sobre mí incluida en este formulario.

Entiendo que el propósito de esta divulgación es para que las Entidades de SpringWorks puedan utilizar y divulgar mi Información Personal para los siguientes fines:

- (1) verificar, investigar, coordinar y resolver las consultas sobre la cobertura o el reembolso del seguro y el pago de los productos SpringWorks;
- (2) operar, administrar, inscribirme o continuar mi participación en el programa SpringWorks CareConnections™ o en cualquier otro servicio o actividad de apoyo al paciente afiliado a SpringWorks (el "Programa de ayuda al paciente") relacionados con mi afección o tratamiento, incluyendo, entre otros, programas de ayuda financiera como copagos comerciales o programas de ayuda al paciente, verificación de cobertura de medicamentos, servicios de educación al paciente, programas de cumplimiento y ayuda para el control de enfermedades;
- (3) coordinar mi recepción y pago de los productos SpringWorks;
- (4) utilizar una herramienta de detección financiera de terceros (por ejemplo, Experian o TransUnion), para determinar la elegibilidad para recibir ayuda financiera o para programas de medicamentos gratuitos;
- (5) comunicarse conmigo en relación con el Programa de Ayuda al Paciente (incluyendo el envío de material educativo complementario, información, ofertas y servicios relacionados con mi tratamiento o mi afección médica, o comunicarse conmigo para facilitar el cumplimiento de mis medicamentos recetados);
- (6) comunicarse y proporcionar mi información personal a entidades de salud, organizaciones de defensa del paciente, programas de ayuda al paciente, ayuda para copago o programas similares en función de determinar la elegibilidad para la cobertura e inscripción;
- (7) gestionar el Programa de Ayuda al Paciente, incluyendo la evaluación de la eficacia del Programa de Ayuda al Paciente y con fines administrativos;
- (8) anonimizar mi información personal agregándola con fines de investigación y análisis de datos para desarrollar y evaluar productos, servicios, materiales y tratamientos, y mejorar el Programa de ayuda al paciente; y
- (9) según lo permita la ley.

Entiendo que cuando mi información personal haya sido revelada a las entidades de SpringWorks, puede que ya no esté protegida por la ley federal de privacidad y pudiera ser revelada a otros, pero que las entidades de SpringWorks tienen la intención de usar y revelar mi información personal recibida de acuerdo con esta autorización únicamente para los fines antes descritos o según lo requiera la ley.

SECCIÓN 10 | Autorización y certificaciones (continuación)

Entiendo y acepto que la farmacia que está dispensando mi producto puede recibir una remuneración las Entidades de SpringWorks a cambio de divulgarle Mi información a las Entidades de SpringWorks por proporcionarme servicios de apoyo en relación con el Programa de Ayuda al Paciente.

Sin efecto en el tratamiento

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta Autorización y que el tratamiento de mis Entidades de atención médica, el pago del tratamiento, mi acceso a los medicamentos de SpringWorks (excepto para participar en un programa de medicamentos gratuitos) y mi elegibilidad para los beneficios del seguro médico no están sujetos a que firme esta Autorización. Entiendo, sin embargo, que, si no firmo esta Autorización, no podré recibir servicios de ayuda por medio del Programa de Ayuda al Paciente. La participación en el Programa de Ayuda al Paciente es voluntaria y los servicios están sujetos a cambios. Entiendo que la participación en el Programa de ayuda al paciente está sujeta a los términos, condiciones y criterios de elegibilidad disponibles en springworkstxcares.com, y que SpringWorks tiene la facultad exclusiva de determinar la elegibilidad para el Programa de ayuda al paciente. Entiendo que SpringWorks se reserva el derecho de rescindir, revocar o enmendar cualquier servicio bajo cualquier Programa de Ayuda al Paciente, en cualquier momento y sin previo aviso.

Cancelación

Puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento llamando al 844-CARES-55 (844-227-3755) o solicitándolo por escrito a SpringWorks Therapeutics c/o Patient Support Services, 150 Hilton Drive, Jeffersonville, IN 47130. La cancelación de esta Autorización prohibirá el uso y divulgación posteriores de mi Información personal; sin embargo, la cancelación de esta Autorización no tendrá efecto sobre los usos y divulgaciones de mi Información personal que ya se hayan efectuado. Entiendo que una vez que mi Información personal ha sido divulgada, las leyes federales de privacidad de la información médica ya no pueden protegerla de una divulgación posterior. La cancelación de esta Autorización pone fin a mi participación en el Programa de Ayuda al Paciente.

Esta Autorización vencerá a los cinco (5) años de la fecha en que se firme o antes si así lo requiere la legislación aplicable, a menos que yo la retire antes. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización firmada.

Entiendo que mi información personal también está sujeta a la política de privacidad de SpringWorks, disponible en springworkstx.com/privacy-policy.

Certificación de la Ley de Informes Crediticios Justos (FCRA, por sus siglas en inglés)

Entiendo que estoy proporcionando "instrucciones por escrito" que autorizan a SpringWorks y a sus proveedores, en virtud de la FCRA, a obtener información de mi perfil crediticio u otra información del proveedor, con el único fin de determinar las calificaciones financieras para los programas administrados por SpringWorks, incluyendo el Programa de ayuda al paciente de SpringWorks CareConnections. Entiendo que debo aceptar afirmativamente estos términos para proceder con este proceso de evaluación financiera.

POR FAVOR, COMPLETE TODO EL FORMULARIO, FÍRMELO Y ENVÍELO POR FAX AL 844-227-3747.