

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

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

CareConnections hará acuse de recibo.

Acceda a un formulario de inscripción digital en www.springworkstxcares.com, o envíe la prescripción electrónica directamente a la farmacia PharmaCord (n.º de NCPDP 1836191).



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: ____/____/____ Sexo M F
 Dirección: _____ Apto.: _____ Ciudad: _____
 Estado: _____ C. P.: _____ Móvil: (____) _____ N.º preferido Tel. alternativo: (____) _____ N.º preferido
 Correo electrónico: _____ Idioma principal: _____
 Método preferido de contacto: Llamada Mensaje de texto Correo electrónico Hora del día preferida para comunicarse: Mañana Tarde Noche
 Nombre y apellido del cuidador: _____ Teléfono del cuidador: (____) _____

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

Cantidad de miembros en el hogar (incluyendo el solicitante): _____ Ingreso anual bruto del hogar: \$ _____

SECCIÓN 3 | Consentimientos del paciente

Mensaje de texto

Autorizo a SpringWorks Therapeutics o a otros en su nombre a comunicarse conmigo por teléfono o SMS/mensaje de texto en relación con cualquiera de los servicios mencionados o con mi afección o 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 en condiciones en <https://springworkstxcares.com/downloads/CareConnections-Mobile-Terms-and-Conditions.pdf>.

Autorización del paciente: He leído y recibido una copia del texto de consentimiento en las **páginas 3 y 4 de la Sección 11** y estoy de acuerdo con la Autorización para divulgar o utilizar información médica.

FIRME
AQUI
1 de 2

 MM / DD / AAAA

Relación con el paciente o representante legal (si procede)

Programa de Ayuda al Paciente: He leído y acepto inscribirme en el Programa de Ayuda al Paciente de CareConnections de SpringWorks, así como las Certificaciones del Paciente de las páginas 3 y 4 de la Sección 11.

FIRME
AQUI
2 de 2

 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/Privada Medicare Medicaid Otra Sin seguro

Nombre del seguro primario de prescripción: _____ Número de grupo: _____

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

Nombre y apellido del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Relación con el paciente: _____

Nombre del seguro secundario de prescripción: _____ Número de grupo: _____

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

Nombre y apellido del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Relación con el paciente: _____

SECCIÓN 5 | Estado del seguro del paciente

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

Si está "Aprobada," Importe del copago: \$ _____ **NOTA: Adjunte cualquier carta pertinente de aprobación o denegación de la aseguradora**

SECCIÓN 6 | Información clínica del paciente

NOTA: Adjunte las notas clínicas o los resultados de laboratorio relevantes para la terapia

Elija la categoría con el código ICD-10-CM "D48.11 Tumor desmoide" (**seleccione todas las opciones que correspondan**):

- D48.110 Tumor desmoide en cabeza y cuello
- D48.111 Tumor desmoide en la pared torácica
- D48.112 Tumor desmoide, intratorácico
- D48.113 Tumor desmoide en la pared abdominal
- D48.114 Tumor desmoide, intraabdominal
- D48.115 Tumor desmoide en las extremidades superiores y cintura escapular
- D48.116 Tumor desmoide en las extremidades inferiores y cintura pélvica
- D48.117 Tumor desmoide en la espalda
- D48.118 Tumor desmoide en otro sitio
- D48.119 Tumor desmoide en sitio no especificado

¿Notas clínicas adjuntas? Sí No Focalidad del tumor (Seleccione una): Unifocal Multifocal

Tamaño del(de los) tumor(es): _____ Estado de mutación: Presencia de mutación CTNNB1 Presencia de mutación APC

Medicamento(s) actual(es): _____

Tratamiento previo recibido: Sí No, no tratado anteriormente

En caso afirmativo, **Seleccione todo lo que corresponda:** Cirugía Procedimientos de ablación Radioterapia Quimioterapia

Inhibidor de la tirosina quinasa (TKI) Otro: _____

SECCIÓN 7 | Información del médico que prescribe

Nombre y apellido del médico que prescribe: _____ Título del médico que prescribe: _____
 Especialidad del médico que prescribe: _____ Número NPI: _____ Número DEA: _____
 Nombre del centro/instalación: _____ Dirección postal: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ C. P.: _____ Tel.: (____) _____ Fax: (____) _____
 Nombre y apellidos del contacto en la oficina: _____ Correo electrónico del contacto en la oficina: _____
 Teléfono del contacto en la oficina: _____ Método preferido de contacto: Teléfono Correo electrónico Fax

SECCIÓN 8 | Prescripción de OGSIVEO® (nirogacestat)

NOTA: Complete la sección de información sobre la prescripción de OGSIVEO Y la sección 8A u 8B (si procede)

INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIÓN DE OGSIVEO				
La dosis recomendada de OGSIVEO es de 150 mg dos veces al día por vía oral. Consulte la información de prescripción en EE. UU. para conocer las dosis recomendadas y las modificaciones.				
Nombre del paciente: _____			Fecha de nacimiento: ____/____/____ <small>MM DD AAAA</small>	
Medicamento	Formas de dosificación y concentraciones	Cantidad	Renovación	Instrucciones de dosificación
<input type="radio"/> 8. PRESCRIPCIÓN DE OGSIVEO	<input type="radio"/> Comprimidos de 150 mg <input type="radio"/> Comprimidos de 100 mg	_____	_____	<input type="radio"/> Tome 1 comprimido por vía oral dos veces al día
<input type="radio"/> 8A. PROGRAMA DE INICIO RÁPIDO DE OGSIVEO (PACIENTE NUEVO)	<input type="radio"/> Comprimidos de 150 mg <input type="radio"/> Comprimidos de 100 mg	56 comprimidos (suministro para 28 días)	1	<input type="radio"/> Tome 1 comprimido por vía oral dos veces al día
Apruebo que se dispense a mi paciente el suministro gratuito de OGSIVEO señalado anteriormente si experimenta un retraso calificado en la obtención de la cobertura del seguro. Certifico que mi paciente no ha sido tratado anteriormente con OGSIVEO, tiene una necesidad médica inmediata de OGSIVEO y cumple todos los criterios de elegibilidad señalados en www.springworkstxcare.com .				
<input type="radio"/> 8B. PROGRAMA PUENTE DE OGSIVEO (PACIENTE EXISTENTE)	<input type="radio"/> Comprimidos de 150 mg <input type="radio"/> Comprimidos de 100 mg	56 comprimidos (suministro para 28 días)	2	<input type="radio"/> Tome 1 comprimido por vía oral dos veces al día
Apruebo que se dispense OGSIVEO como se muestra arriba a mi paciente si experimenta un lapso calificado en la cobertura del seguro. Certifico que mi paciente cumple todos los criterios de elegibilidad señalados en www.springworkstxcare.com .				
DISPENSAR COMO ESTÁ ESCRITO				
MÉDICO QUE PRESCRIBE FIRME AQUÍ		Firma del médico: _____		Fecha: ____/____/____ <small>MM DD AAAA</small>

Mi firma arriba certifica que la persona nombrada en este formulario es mi paciente, que la información proporcionada, a mi leal saber y entender, es completa y exacta, y que la terapia con OGSIVEO es médicamente necesaria. 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. 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, incluso de mi paciente, requeridos por las leyes estatales y federales aplicables para divulgar la información médica identificable individualmente incluida en este formulario a SpringWorks y CareConnections y para que SpringWorks y CareConnections utilicen dicha información con el fin de verificar la cobertura y elegibilidad del seguro de mi paciente; coordinar el suministro del medicamento recetado de mi paciente; y presentar los servicios de ayuda de SpringWorks a mi paciente, incluso comunicarse con mi paciente por teléfono o correo para estos fines.

SECCIÓN 9 | Farmacia especializada preferida

Sin preferencia Productos biológicos por McKesson Onco360 En el consultorio Farmacia de suministro integrado médico

Si la farmacia preferida es un centro de suministro integrado médico elegible:

NPI de farmacia: _____ Nombre de contacto: _____ Tel.: (____) _____ Fax: (____) _____

¿Ya se ha enviado una receta de OGSIVEO a una farmacia?

Sí No En caso afirmativo, indique la fecha de prescripción: ____/____/____ Nombre de la farmacia: _____
MM DD AAAA

SECCIÓN 10 | Servicios solicitados de ayuda al paciente

SpringWorks CareConnections ofrece servicios a los pacientes a los que se prescribe OGSIVEO según sus necesidades individuales. ¿Cuáles de estos servicios son más relevantes para su paciente? (**Seleccione todos los que correspondan**): Ayuda para BI/AP/apelación Ayuda para el copago Inicio Rápido Programa Puente Programa de Ayuda al Paciente Dispensación a través de una farmacia de la red Educación y materiales de OGSIVEO Ayuda de enfermeros defensores

Consulte la información de prescripción completa en <https://www.springworkstx.com/ogsiveo-prescribing-information>.

SECCIÓN 11 | 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 médica y mi tratamiento, incluyendo los diagnósticos y las recetas pertinentes (incluida la información para dispensar y recargar);
- 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 y actividad de ayuda al paciente afiliado a SpringWorks (el “Programa de Ayuda al Paciente”) relacionados con mi afección o tratamiento, incluyendo, entre otros, programas de ayuda financiera tales como los programas comerciales de copago o ayuda al paciente, la verificación de cobertura de medicamentos, los servicios de educación al paciente, los 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 atención médica, organizaciones de defensa del paciente, programas de ayuda al paciente, programas de ayuda con el copago u otros similares para determinar si cumplo con los requisitos de elegibilidad para la cobertura y la 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) la eliminación de la identificación de mis Datos personales, agregándolos con fines de investigación; y
- (9) según lo permita la ley.

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 www.springworkstxcare.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 www.springworkstx.com/privacy-policy.

Certificación de la Ley de Equidad de Informes de Crédito (FCRA, por sus siglas en inglés)

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

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