

## ¿Qué se necesita para recibir ayuda?

Consulte la información requerida a continuación para cada tipo de ayuda solicitada. Estos requisitos se aplican únicamente a la ayuda ofrecida a través del Programa de Ayuda al Paciente de Mirati & Me y no están destinados a limitar ningún tratamiento, pago o beneficio relacionados con su farmacia u otros proveedores sanitarios.

### Ayuda solicitada\* (marque todas las opciones que correspondan)

**Verificación de beneficios**

- Complete las secciones **1 2 4 5 6**
- Envíe por fax las copias de las tarjetas de cobertura de seguro médico y medicamentos recetados

**Asistencia con el copago**

- Complete las secciones **1 2 4 5 6 7**
- Se requiere la firma del médico prescriptor

**Asistencia con productos gratuitos**

- Complete las secciones **1 2 3 4 5 7 8**
- Se requieren las firmas del médico prescriptor y del paciente

**Suministro inicial/de transición**

- Complete las secciones **1 2 4 5 6 7 8**
- Se requieren las firmas del médico prescriptor y del paciente

**Ayuda al paciente/cuidador**

- Complete las secciones **1 2 4 5 6**

**Si tiene alguna pregunta,  
llame al 1-844-647-2842**

\*Se aplican ciertos criterios de elegibilidad y restricciones.

## SECCIÓN 1: Información del paciente

Nombre del paciente Apellidos del paciente

Dirección

Teléfono principal

Móvil  Particular  Trabajo

Fecha de nacimiento

Ciudad Estado Código postal

Sexo:  Hombre  Mujer

Correo electrónico

Teléfono alternativo

Móvil  Particular  Trabajo

Consentimiento para dejar mensajes de voz en el teléfono de contacto principal o alternativo:  Sí  No

Consentimiento para recibir mensajes de texto†:  Sí (se requiere el número de teléfono móvil)  No

†Pueden aplicarse tarifas para mensajes y datos.

### Diagnóstico

Código de diagnóstico  
(Código ICD-10)

Resultados de la prueba de mutación KRAS G12C

Positiva  Negativa  No realizada  Resultados pendientes

Tipo de prueba de KRAS utilizada

Prueba de NGS

Prueba de un solo gen

Tratamiento concomitante (marque todas las opciones que correspondan)

- Quimioterapia  Inmunoterapia  Radioterapia  
 Tratamiento dirigido  Otros

Tratamiento previo (marque todas las opciones que correspondan)

- Quimioterapia  Inmunoterapia  Radioterapia  
 Tratamiento dirigido  Otros

## SECCIÓN 2: Información del seguro

¿Tiene seguro médico?

Sí  No

Si respondió que Sí tiene seguro médico, **suministre la siguiente información junto con una copia del anverso y el dorso de su tarjeta de seguro**. Si respondió No, certifica que no tiene seguro y puede omitir esta sección.

¿Tiene seguro de medicamentos recetados?

Sí  No

Si respondió que Sí tiene seguro de medicamentos recetados, **suministre la siguiente información junto con una copia del anverso y el dorso de su tarjeta de seguro**. Si respondió No, puede omitir esta sección.

### Seguro de medicamentos recetados:

Nombre del seguro  Teléfono del seguro

N.º ID de la receta  N.º grupo de la receta

PCN de la receta  N.º BIN de la receta

### Seguro principal:

Nombre del seguro  Número de identificación de la póliza

Teléfono del seguro  Número de grupo

Nombre del titular de la tarjeta  Fecha de nac. del titular de la tarjeta

Relación del paciente con el titular de la tarjeta:

Yo mismo  Cónyuge  Otro

### Seguro secundario:

Nombre del seguro  Número de identificación de la póliza

Teléfono del seguro  Número de grupo

Nombre del titular de la tarjeta  Fecha de nac. del titular de la tarjeta

Relación del paciente con el titular de la tarjeta:

Yo mismo  Cónyuge  Otro

## SECCIÓN 3: Información financiera (necesaria si se solicita asistencia con productos gratuitos)

Ingresos brutos anuales totales del hogar:

Número total de personas que conforman el hogar (incluido el solicitante):

Residente de EE. UU. (incluidos los territorios estadounidenses):  Sí  No

## SECCIÓN 4: Información del médico prescriptor

Nombre del médico prescriptor  Apellidos del médico prescriptor

Nombre del centro  Teléfono  Fax

N.º NPI del médico prescriptor  N.º de DEA  N.º de licencia estatal

Nombre de contacto en el consultorio  Cargo  Tel. de contacto en el consultorio

Fax de contacto en la consultorio  Correo electrónico

Dirección del consultorio  Ciudad  Estado  Código postal

## SECCIÓN 5: Prescripción

Nombre del paciente  Apellidos del paciente  Fecha de nacimiento

KRAZATI® (adagrasib) Cantidad  Reposiciones

Instrucciones  Dispensación según receta

Receta inicial (nuevo en el tratamiento): Cantidad

Receta de transición (actualmente en tratamiento): Cantidad

Instrucciones

## SECCIÓN 6: Información sobre la farmacia

Onco360  Biologics  Farmacia dispensadora en el consultorio

Nombre de la farmacia  N.º NPI de la farmacia  Teléfono


*A menos que el paciente solicite lo contrario o que el proveedor de seguro del paciente le exija utilizar una farmacia específica, la receta se dirigirá a la farmacia autorizada que ofrezca el costo compartido más bajo para el paciente en virtud del plan de seguro del paciente.*

Firma del médico prescriptor  Fecha

No se permiten firmas de sello.

## SECCIÓN 7: Autorización del médico prescriptor\*

Al firmar a continuación, certifico que soy el médico, o un representante designado del proveedor sanitario/consultorio, que ha recetado KRAZATI® (adagrasib) (el “Producto”), que es necesario por razones médicas para este paciente y que la información proporcionada en este formulario es precisa a mi leal saber y entender. He obtenido la autorización del paciente según lo exigido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (“HIPAA”) para utilizar y divulgar la información de salud personalmente identificable del paciente que figura en este formulario a otros proveedores sanitarios del paciente (también las farmacias y Mirati), aseguradores médicos y otras personas designadas que intervienen en el tratamiento del paciente para fines de verificación preliminar del seguro y para evaluar la elegibilidad del paciente para participar en Mirati & Me. Acepto que Mirati pueda ponerse en contacto conmigo para obtener más información sobre Mirati & Me o el tratamiento del paciente. Entiendo que cualquier Producto suministrado sin cargo al paciente se proporciona de forma gratuita. No presentaré ni haré que se presente ninguna reclamación para el pago de dicho Producto a ningún tercero pagador, incluido, entre otros, un programa federal de asistencia sanitaria. Si tengo o se me suministra dicho Producto, no lo revenderé ni intentaré revenderlo. Acepto cumplir las directrices de Mirati & Me y entiendo que Mirati se reserva el derecho de modificar o suspender Mirati & Me en cualquier momento.

 Firma del médico prescriptor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del representante designado \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

No se permiten firmas de sello.

\*El médico prescriptor cumplirá con los requisitos de prescripción estatales aplicables, como recetas electrónicas, formularios de prescripción específicos del estado, idioma de fax, etc. El incumplimiento de los requisitos de prescripción estatales aplicables podría dar lugar a comunicaciones adicionales de Mirati & Me o de otros contratistas al médico prescriptor.

## SECCIÓN 8: Autorización y consentimiento del paciente\*

### Autorización para inscribirse en el Programa de Ayuda al Paciente Mirati & Me

Certifico que la información proporcionada es exacta a mi leal saber y entender. Todos los planes y programas a través de los cuales obtengo cobertura sanitaria se enumeran arriba. Certifico además que no estoy asegurado para (o me he quedado sin seguro por la denegación del pagador de) KRAZATI® (adagrasib) (el “Producto”) y que soy residente de los Estados Unidos. La cumplimentación de este formulario y el suministro de la documentación solicitada no garantiza que recibiré la aprobación para participar en Mirati & Me (“el Programa”). Mirati & Me se reserva el derecho de tomar una determinación independiente en relación con mi necesidad financiera. Si soy elegible para participar en el Programa, no existe ningún requisito de compra asociado con dicha asistencia. El costo del Producto proporcionado en virtud del Programa no se contabilizará a efectos de los costos reales no reembolsables de Medicare. Mirati se reserva el derecho, en cualquier momento y sin previo aviso, de modificar o interrumpir el tratamiento con Mirati & Me y cualquier ayuda que se me proporcione. No presentaré ni haré que se presente ninguna reclamación de pago o reembolso de ningún tercero pagador, incluido cualquier programa federal de asistencia sanitaria, o cualquier plan de seguro privado, ni de ninguna otra entidad para un suministro gratuito del Producto, independientemente de que un pagador determine posteriormente que cubrirá dicho suministro del Producto. No venderé, comercializaré, distribuiré ni transferiré de otro modo el Producto suministrado en virtud del Programa. Acepto notificar a Mirati & Me si obtengo cobertura a través de otra fuente, de dejar de cumplir los criterios de ingresos del Programa o detecto algún error en este formulario de solicitud. Si recibo la aprobación, según lo requerido por mi seguro u otro proveedor de beneficios, notificaré a dicho proveedor la recepción de cualquier Producto gratuito recibido a través del Programa. Entiendo que debo volver a solicitar el Programa anualmente y que no existe garantía de que reúna los requisitos en este momento o en períodos futuros. Esta Autorización vencerá en un (1) año a partir de la fecha de la firma de esta Autorización, a menos que la ley de mi estado de residencia exija un período más corto, o la Autorización sea revocada.


## SECCIÓN 8: Autorización y consentimiento del paciente\* (continuación)

### Consentimiento para divulgar información médica personal

Autorizo a mis proveedores y al personal sanitario (p. ej., médicos, farmacias) y a mi compañía de seguros a divulgar en forma electrónica o de otro tipo información médica personal a Mirati, sus afiliadas, agentes, contratistas y representantes, y a Mirati & Me con el fin de brindarme educación, información sobre los productos de Mirati y servicios de ayuda relacionados con el tratamiento, recabar comentarios sobre mi tratamiento o el estado de mi enfermedad, comunicarse conmigo para cualquiera de los fines anteriores y crear información que no me identifique personalmente para su uso con otros fines legítimos. Entiendo que mis proveedores sanitarios, farmacia, compañía de seguros y contratistas de Mirati pueden recibir una remuneración de Mirati por tratar mi información de salud personalmente identificable para los servicios prestados a través de Mirati & Me, incluida la asistencia para medicamentos recetados, la asistencia financiera o para proporcionarme acceso a los servicios de ayuda descritos en este formulario. Entiendo que una vez divulgada de conformidad con esta autorización, mi información de salud personalmente identificable puede dejar de estar protegida por las leyes federales o estatales y podría ser divulgada por Mirati a terceros, pero también entiendo que Mirati hará todo lo razonablemente posible para mantener la privacidad de mi información de salud personalmente identificable y divulgarla únicamente para los fines establecidos en esta autorización. Entiendo que puedo cancelar esta Autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito con mi nombre y dirección a Mirati a PO Box 5490, Louisville, KY 40255 o support@miratiandme.com. Una vez tramitada la cancelación, las partes correspondientes ya no podrán revelar mi información de salud personalmente identificable. La cancelación no afectará los usos o divulgaciones anteriores de la información de salud personalmente identificable.

### Consentimiento para la verificación de crédito (solo para asistencia gratuita para productos)

También entiendo que Mirati & Me puede solicitar documentación mía, de mi empleador, de mi proveedor sanitario o de mi compañía de seguros para verificar mi información financiera. Mirati puede obtener información de mi perfil de crédito de TransUnion con el fin de verificar que cumpla los criterios de elegibilidad en cuanto a ingresos para Mirati & Me. Entiendo que estoy proporcionando “instrucciones por escrito” a Mirati, en virtud de la Ley de Informe Imparcial de Crédito (“FCRA”), autorizando a Mirati a obtener información de mi perfil de crédito u otra información de TransUnion únicamente con el fin de determinar las calificaciones financieras para Mirati & Me y de manera continua según sea necesario durante mi participación en Mirati & Me. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización previa solicitud.

 Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del representante legal \_\_\_\_\_

Representante legal en letra de imprenta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*Al firmar en nombre del paciente, como representante o tutor, doy fe de que estoy legalmente capacitado para firmar dichos documentos en nombre del paciente y que estoy actuando debidamente en mi calidad de tal. Puede solicitarse prueba de la autoridad de dicho tutor o representante para actuar en nombre del paciente, como un poder notarial o una orden judicial.

**Envíe por fax los formularios cumplimentados al 1-844-647-2844**