

Formulario de inscripción en Scholar Rock Supports™



Scholar Rock Supports ofrece recursos coordinados y apoyo personalizado a lo largo de la trayectoria del paciente. Una vez inscritos, los pacientes contarán con el apoyo de un equipo especializado y con experiencia, incluido un **coordinador de atención e incorporación de medicamentos recetados (Rx Onboarding and Care Coordinator, ROCC)** que ayuda a guiar la experiencia y coordina los recursos adecuados en función de las necesidades del paciente, incluida la educación, el apoyo al seguro, la logística de las infusiones, entre otras cosas.

PARA PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA

Siga las instrucciones que se indican a continuación para inscribir a su paciente en el Programa Scholar Rock Supports e iniciar el tratamiento con ISEMBYLD™ (apitegromab-mstn).

Toda la información, incluida la firma y la fecha originales de un médico que extiende la receta, debe completarse para que el paciente reciba apoyo.

Complete lo siguiente:

1. Complete las secciones para **proveedores de atención médica** de las páginas **2** y **3**. Asegúrese de firmar el formulario antes de la presentación
2. ISEMBYLD está disponible a través de Accredo, CarePartners Pharmacy/Seven Bridges Specialty, CVS Specialty, Orsini y CuraScript SD. Indique el método de adquisición preferido y, si procede, su preferencia de farmacia especializada en la página **3**
3. Obtenga las firmas del paciente o del representante legal del paciente en este formulario (página **4**) o electrónicamente a través del Portal de consentimiento electrónico en srrksupportsconsent.com
4. Envíe el formulario completado y cualquier documentación de apoyo (copias de tarjetas de seguro, notas de historiales relevantes, etc.) por fax al **877-219-0016**



CÓMO ENVIAR ESTE FORMULARIO

Este formulario debe firmarlo y fecharlo un médico prescriptor.
Una vez completado, envíelo por fax al **877-219-0016**.

PARA EL PACIENTE O EL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE

Complete lo siguiente:

1. Revise, complete y firme las secciones del **paciente** en la página **4**
2. Asegúrese de que el proveedor de atención médica del paciente tenga los datos actuales de su seguro y la información de contacto preferida
3. Si lo prefiere, puede revisar, completar y firmar electrónicamente las secciones del paciente en nuestro Portal de consentimiento electrónico, que puede encontrar en srrksupportsconsent.com



Haga clic aquí para visitar el Portal de consentimiento electrónico



Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con nosotros al **1-833-777-5444 (1-833-SRRK-444)** de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

Formulario de inscripción en Scholar Rock Supports™

Complete todos los campos y envíe este formulario por fax al **877-219-0016**.



PARA EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Debe completarse toda la información para que el paciente reciba apoyo. Los campos marcados con asterisco * son obligatorios. Este formulario no se puede procesar sin la firma y la fecha originales del médico que extiende la receta.

Sección 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente*: _____ Apellido*: _____ Fecha de nacimiento*: _____
Sexo*: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro Idioma preferido: _____ Servicios de traducción solicitados: ☐ S ☐ N
Dirección del paciente*: _____ Ciudad*: _____ Estado*: _____ Código postal*: _____
Nombre del contacto principal: _____ Relación con el paciente: _____
Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono de contacto principal*: _____ Otro teléfono: _____
Nombre de contacto adicional: _____ Relación con el paciente: _____
Teléfono de contacto adicional: _____

*Scholar Rock reconoce que es posible que los pacientes no se identifiquen como hombres o mujeres. Sin embargo, muchas compañías de seguros requieren esta información para determinar los beneficios del seguro. Indique el sexo que tiene archivado con la compañía de seguros.

Sección 2: INFORMACIÓN DEL SEGURO: adjunte copias del frente y reverso de las tarjetas del seguro médico y de medicamentos recetados.

☐ El paciente no tiene seguro

Seguro médico principal: Nombre del plan*: _____ Identificación de la póliza*: _____ Identificación del grupo*: _____
Titular de la póliza (si no es un paciente)*: _____ Fecha de nacimiento*: _____ Teléfono del seguro*: _____
Seguro médico secundario: Nombre del plan: _____ Identificación de la póliza: _____ Identificación del grupo: _____
Titular de la póliza (si no es un paciente): _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono del seguro: _____
Cobertura de fármacos recetados: Nombre del plan: _____ RxBIN: _____ RxPCN: _____ RxGrupo: _____
Titular de la póliza (si no es un paciente): _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono del seguro: _____

Sección 3: INFORMACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

Código(s) de diagnóstico*: ☐ G12.0 ☐ G12.1 ☐ Otros: _____ SMN2 N.º de copia: _____
Participante del ensayo clínico de apitegromab: ☐ Sí ☐ No Participante del EAP de apitegromab: ☐ Sí ☐ No Identificación del programa: _____
Última evaluación funcional (incluír escala y fecha): _____
Enumere cualquier terapia génica o dirigida a SMN actual o previa (incluya la fecha de la última dosis)*: _____
Alergias a fármacos y no farmacológicas (si las hubiera): _____ Peso del paciente: _____ kg Fecha de pesaje: _____

Sección 4: INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE EXTIENDE LA RECETA

Nombre del médico que extiende la receta*: _____ Apellido*: _____ N.º de NPI*: _____
Nombre del consultorio/de la institución*: _____ Nombre del contacto del consultorio: _____
Domicilio*: _____ Ciudad*: _____ Estado*: _____ Código postal*: _____
Correo electrónico de contacto del consultorio: _____ Teléfono del consultorio*: _____ Fax del consultorio*: _____
N.º de identificación fiscal del consultorio: _____ N.º de NPI del consultorio: _____ Especialidad del médico que extiende la receta: _____
N.º de licencia de estado: _____ Fecha de caducidad: _____ PTAN: _____ N.º de proveedor de Medicaid: _____

Sección 5: INFORMACIÓN DEL LUGAR DE INFUSIÓN

Lugar de atención (seleccione uno)*:

☐ Hospital para pacientes ambulatorios ☐ Centro de infusión ☐ Infusión domiciliaria ☐ Consultorio del proveedor de atención médica ☐ Otro _____

☐ Debe identificarse el lugar de atención

Nombre del lugar de atención: _____ Dirección: _____

N.º de identificación fiscal del lugar de atención: _____ N.º de NPI: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del contacto para el envío/la recepción del producto: _____ Teléfono de contacto: _____

Plan de mantenimiento: ☐ Continuar en el centro de tratamiento mencionado antes ☐ Infusión domiciliaria ☐ Otro _____

☐ Debe identificarse el lugar de atención

Formulario de inscripción en Scholar Rock Supports™

Complete todos los campos y envíe este formulario por fax al **877-219-0016**.



PARA EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Debe completarse toda la información para que el paciente reciba apoyo. Los campos marcados con asterisco * son obligatorios. Este formulario no se puede procesar sin la firma y la fecha originales del médico que extiende la receta.

MÉTODO DE ADQUISICIÓN PREFERIDO

Seleccione un método de adquisición preferido:

☐ Farmacia especializada ☐ Compra y facturación (pídala directamente con CuraScript SD) ☐ Desconocido

RECETA DE FARMACIA ESPECIALIZADA OPCIONAL†

Nombre del paciente: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dosis: 10 mg/kg c/4 sem. Instrucciones: ISEMBYLD _____ mg IV c/4 sem. Entrega: 28 días Reposiciones: _____

(Suministrado en viales de 150 mg/3 ml – concentración de 50 mg/ml).

Suministros (tachar si no es necesario): entregue agujas, jeringas, suministros auxiliares y equipo médico doméstico.

Enfermería especializada (tachar si no es necesario): visita según sea necesario para establecer el acceso venoso, administrar el medicamento y evaluar el estado general y la respuesta a la terapia.

Otras instrucciones: _____

Seleccione su preferencia de farmacia especializada:

☐ Accredito ☐ CarePartners Pharmacy/Seven Bridges Specialty ☐ CVS Specialty ☐ Orsini

Quando se requiera una autorización previa, puede solicitarse una revisión de autorización previa acelerada si la vida, la salud o la capacidad del beneficiario para recuperar el máximo funcionamiento se encuentra en grave peligro y se cumplen todos los criterios del pagador para la revisión acelerada. En esta situación, tiene la opción de solicitar una revisión de autorización previa acelerada marcando la casilla correspondiente donde se indica a continuación.

Urgencia de revisión de autorización previa: ☐ Revisión estándar ☐ Revisión acelerada/urgente*

*Al marcar esta casilla, afirmo que (1) la vida, la salud o la capacidad del beneficiario para recuperar su máximo funcionamiento están en grave peligro, y (2) se han cumplido todos los criterios del pagador para la revisión acelerada.

Nombre del médico que extiende la receta
(en letra de imprenta)

Fecha

Firma del médico que extiende la receta
(entregar tal como está escrito)
(Se requiere firma original)

Fecha

☐

Firma del médico que extiende la receta (se
permite la sustitución)
(Se requiere firma original)

Fecha

†El médico que extiende la receta debe cumplir con los requisitos de prescripción específicos de su estado, como prescripción electrónica, formulario de prescripción específico del estado, idioma de fax, etc. El incumplimiento de los requisitos específicos del estado podría dar lugar a que se contacte al médico que extiende la receta.

AUTORIZACIÓN REQUERIDA DEL MÉDICO QUE EXTIENDE LA RECETA

Al firmar este formulario, certifico que he recetado ISEMBYLD para el paciente identificado en este formulario ("Paciente") según mi criterio profesional independiente de necesidad médica. He recibido la autorización para divulgar la información médica y del seguro personalmente identificable del paciente a Scholar Rock, Inc. y sus filiales (colectivamente, "Scholar Rock") y otros proveedores de servicios o contratistas para obtener apoyo con reembolso, para coordinar el acceso al tratamiento y para que Scholar Rock se ponga en contacto con ellos sobre Scholar Rock Supports. Autorizo a Scholar Rock a contactarme acerca de la información proporcionada en este formulario y a transmitir esta receta a la farmacia especializada designada por mí, el paciente, o el plan de salud del paciente.

No presentaré ni haré que se presenten reclamaciones por ningún medicamento proporcionado sin costo alguno, incluidos los programas federales de atención de la salud u otros terceros pagadores, ni tampoco revenderé ni intentaré revender dicho medicamento. No tengo ninguna obligación y no he recibido ninguna compensación por prescribir, comprar o recomendar ISEMBYLD o cualquier otro medicamento de Scholar Rock. Completar este formulario no garantiza que se proporcionará apoyo, y el valor total de cualquier apoyo proporcionado se extenderá al Paciente.

Verifico que la información proporcionada en este formulario es completa y precisa a mi leal saber y entender.

Nombre del médico que extiende la receta (en letra de imprenta)*

Firma del médico que extiende la receta*

Fecha*

Formulario de inscripción en Scholar Rock Supports™

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros al 1-833-777-5444 (1-833-SRRK-444), de lunes a viernes, de 8 A. M. a 8 P. M., hora del Este (ET).



PARA EL PACIENTE O EL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE*

Los campos marcados con asterisco * son obligatorios. Hay 2 opciones para completar y firmar el formulario de inscripción:

OPCIÓN
1

Usando el formulario de inscripción impreso:

Complete y firme las secciones del paciente y pida a su proveedor de atención médica que envíe por fax el formulario completado a: **877-219-0016**

OPCIÓN
2

Usando el formulario de inscripción digital:

Complete y firme las secciones del paciente utilizando el portal de consentimiento electrónico en **srrksupportsconsent.com** para firmar electrónicamente

*Un representante legal es una persona con autoridad para tomar decisiones de atención médica en nombre del paciente. Para los pacientes que son niños, este puede ser el progenitor o tutor legal del paciente. Para los pacientes adultos, este puede ser el tutor legal del paciente o su apoderado para la atención médica.

Scholar Rock Supports™ ("Programa") proporciona apoyo a los pacientes adecuados a quienes se les ha recetado un medicamento de Scholar Rock ("Apoyo del programa"). El apoyo del programa incluye: (1) reembolso y apoyo financiero (para pacientes elegibles), (2) trabajo con usted y su equipo de salud (definido a continuación) para obtener acceso a su medicamento (como ayuda para identificar un lugar de infusión) y (3) ofrecimiento de información y recursos educativos relacionados con la enfermedad y los medicamentos. Para que podamos proporcionarle el Apoyo del programa, necesitaremos su consentimiento para usar registros y firmas electrónicas y su autorización para el uso y la divulgación de cierta información médica personal y su consentimiento para inscribirse. Lea y firme la autorización y los consentimientos a continuación si desea solicitar el Apoyo del Programa.

Nombre del paciente*: _____ Fecha de nacimiento*: _____

AUTORIZACIÓN EN VIRTUD DE LA LEY HIPAA

Al firmar a continuación, autorizo a mis proveedores de atención médica, a mi farmacia y a mi plan de salud (en conjunto, mi "Equipo de salud") a usar la información médica y de seguro que me identifique personalmente (en conjunto, la "Información") y a divulgar mi información a Scholar Rock, Inc. y sus filiales (en conjunto, "Scholar Rock") y sus proveedores de servicios ("Proveedores de servicios"), para que Scholar Rock pueda inscribirme en el Programa, proporcionarme el Apoyo del Programa y administrar el Programa.

Entiendo que una vez que mi información se divulgue, es posible que mi información no esté protegida por ciertas leyes federales de privacidad y se podría volver a divulgar; sin embargo, Scholar Rock solo usará y divulgará mi información según se describe en este formulario o de otro modo si la ley lo exige. Entiendo que mi farmacia recibirá un pago de Scholar Rock por divulgar mi información a Scholar Rock. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que esto no afectará mi tratamiento, cobertura de seguro ni elegibilidad para beneficios o medicamentos de Scholar Rock. Sin embargo, si no firmo esta autorización, no podré recibir el Apoyo del Programa. Esta autorización permanecerá vigente durante seis (6) años a partir de la fecha en que la firme, a menos que la retire o si la ley exige un período de vigencia más breve. Puedo retirar esta autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a Scholar Rock a: Scholar Rock Supports, PO Box 592188, Orlando, FL 32859. Entiendo que mi retiro de esta autorización no invalidará los usos o las divulgaciones de mi información realizados antes de que Scholar Rock reciba mi notificación de retiro. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia firmada de esta autorización.

Firma del paciente o del representante legal*

Nombre del firmante, en letra de imprenta*

Fecha*

Nombre del paciente, en letra de imprenta*

Relación con el paciente y autoridad para firmar (si lo firma el representante legal)

CONSENTIMIENTO PARA INSCRIBIRSE EN SCHOLAR ROCK SUPPORTS

Al firmar a continuación, confirmo que me gustaría inscribirme en el Programa y recibir Apoyo del Programa de Scholar Rock y sus Proveedores de Servicios y que toda la información proporcionada en este formulario está completa y es exacta. Entiendo que el Programa es opcional y que no es necesario que participe en el Programa para recibir medicación de Scholar Rock y que completar este formulario no garantiza que califique para recibir asistencia o apoyo. Además, si recibo medicamentos gratuitos a través del Programa, certifico que no solicitaré el reembolso ni el crédito por este medicamento a ninguna aseguradora, plan de salud o programa gubernamental. Entiendo que Scholar Rock se reserva el derecho de modificar o interrumpir el Programa, o de finalizar la asistencia en cualquier momento. Scholar Rock y sus proveedores de servicios pueden usar mi información y compartirla entre ellos y con mi Equipo de Salud en relación con la prestación del Apoyo al Programa, la administración del programa o según lo requiera Scholar Rock para cumplir con sus obligaciones legales.

Scholar Rock y sus Proveedores de servicios pueden comunicarse conmigo (por ejemplo, por correo postal, teléfono, correo electrónico y mensaje de texto) para ayudarme a prepararme para una infusión, para analizar mi elegibilidad para recibir asistencia con copagos o un medicamento gratuito, o para derivarme a otros programas o fuentes de apoyo financiero, o para ver si quisiera responder a encuestas o para otros fines no relacionados con la comercialización. Doy mi consentimiento para que Scholar Rock y sus proveedores de servicios me envíen mensajes de texto para estos fines a los números de teléfono que proporcione.*

Entiendo que Scholar Rock y sus proveedores de servicios pueden eliminar la identificación de mi información y utilizar la información resultante para los fines comerciales de Scholar Rock.

☐ **CONSENTIMIENTO DE COMERCIALIZACIÓN (OPCIONAL):** al marcar esta casilla, autorizo a Scholar Rock y a las compañías con las que trabaja a usar y divulgar mi información para enviarme comunicaciones de comercialización de Scholar Rock (como por correo postal, teléfono, correo electrónico y mensaje de texto) y para publicidad dirigida en línea, como se describe en la política de privacidad de Scholar Rock en <https://scholarrock.com/privacy-policy/>. También autorizo a Scholar Rock a compartir mi información con terceros para estos fines. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento comunicándome con Scholar Rock Supports.

Firma del paciente o del representante legal*

Nombre del firmante, en letra de imprenta*

Fecha*

Nombre del paciente, en letra de imprenta*

Relación con el paciente y autoridad para firmar (si lo firma el representante legal del paciente)

*Entiendo que no necesito dar mi consentimiento para recibir mensajes de texto para participar en el programa ni para recibir medicamentos de Scholar Rock. Entiendo que mi proveedor de servicios telefónicos me puede cobrar cargos por recibir estos mensajes de texto. Puedo revocar mi consentimiento para recibir mensajes de texto en cualquier momento respondiendo "STOP" (PARAR) a cualquier mensaje de texto de Scholar Rock o comunicándome con Scholar Rock a la dirección indicada en la autorización anterior.

Para obtener detalles sobre cómo Scholar Rock recopila y utiliza la información de identificación personal de manera más general, visite scholarrock.com/privacy-policy/.