

**Complete las secciones 1, 2, 5, 6, 7, 8 y 10. Complete las secciones adicionales que correspondan según los servicios solicitados, como se indica a continuación.**

**Servicios solicitados** (marcar todos los que correspondan):

- Investigación de los beneficios y asistencia para la autorización previa
- Asistencia para reclamos
- Asistencia con los copagos para pacientes con seguro comercial
- Asistencia al paciente (solicitar si no está asegurado o está subasegurado) - Secciones 3, 9
- Educación y ayuda para el paciente - Sección 4

**Los médicos y los pacientes deben:**

**Completar** y **firmar** el formulario y **adjuntar** una copia de las tarjetas del seguro (frente y dorso)

**Enviar** todas las páginas a My MISSION Support:

**FAX:** 866-870-6241

-o-

**Email:** [access@MyMISSIONSupport.com](mailto:access@MyMISSIONSupport.com)

## 1. Información del paciente

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Teléfono principal: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Celular Hogar Teléfono secundario: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Celular Hogar  
 Nombre del tutor legal/Poder notarial: \_\_\_\_\_  
 Teléfono principal: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Celular Hogar Teléfono secundario: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Celular Hogar  
 Mejor momento para comunicarse: Mañana (8 a. m. - 12 p. m. hora del este) Tarde (12 p. m. - 4 p. m. hora del este)  
 Noche (4 p. m - 8 p. m hora de este)

## 2. Información sobre el seguro del paciente

**El paciente no tiene seguro médico**

Proveedor principal del seguro médico: \_\_\_\_\_ Tipo de seguro: Comercial Gubernamental Otro  
 Nombre del beneficiario/titular: \_\_\_\_\_  
 No. de póliza/ID: \_\_\_\_\_ No. de grupo: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 Proveedor secundario del seguro médico: \_\_\_\_\_ Tipo de seguro: Comercial Gubernamental Otro  
 Nombre del beneficiario/titular: \_\_\_\_\_  
 No. de póliza/ID: \_\_\_\_\_ No. de grupo: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

## 3. Programa de asistencia al paciente

**Al firmar a continuación, solicito la inscripción en el Programa de asistencia al paciente, un programa de MorphoSys Foundation ("PAP").**

*Solicitar si no está asegurado o está subasegurado.*

Ingreso anual familiar actual \$: \_\_\_\_\_ Cantidad de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

Entiendo que proporciono "instrucciones por escrito" que autorizan al PAP, MorphoSys Foundation y su proveedor, conforme a la Ley de Informe de Crédito Justo ("FCRA"), a obtener información del perfil de mi crédito u otra información de Experian Health para determinar las cualificaciones financieras para el PAP. Entiendo que debo aceptar afirmativamente estos términos para proceder con este proceso de evaluación financiera para el PAP. Doy mi palabra de que toda la información que proporciono, incluida la información financiera y sobre el seguro, es completa y verdadera. Si mis ingresos o mi cobertura médica se modifican, me comunicaré con My MISSION Support al 855-421-6172. Esta información solo se usará para determinar la elegibilidad para el PAP. Entiendo que me pueden solicitar que envíe una verificación de todas las fuentes de ingreso familiar. Entiendo que ni yo, ni ninguno de mis médicos o los centros de tratamiento, o cualquier persona que actúe en mi nombre puede solicitar el reembolso de ningún medicamento suministrado conforme al PAP.

**Al firmar aquí, acepto inscribirme en el PAP una vez que se determine mi elegibilidad.**

**Nombre del paciente (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_



**FIRMA Y  
FECHA**

**Firma del paciente o del tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### 4. Educación para el paciente y servicios de asistencia

##### Al firmar a continuación, solicito la inscripción en educación para el paciente y servicios de asistencia de My MISSION Support.

Solicito la inscripción en educación para el paciente y servicios de asistencia de My MISSION Support, y autorizo a MorphoSys US Inc., Incyte Corporation, y a sus afiliados, agentes y delegados a que me proporcionen educación específica sobre el producto y la enfermedad a través de llamadas salientes periódicas y de un mensaje de texto inicial para poner en marcha el acceso del paciente a una aplicación móvil gratuita mediante HelpAround Inc.

Acepto recibir llamadas de asistencia, correo directo y mensajes de texto de My MISSION Support y en nombre de ellos, incluidas las llamadas y los mensajes hechos a través de un marcador automático o de una voz pregrabada a los números de teléfono proporcionados. Entiendo que mi consentimiento no es un requisito o una condición para la compra de ningún producto o servicio. La cantidad de mensajes variará según mis selecciones de programa, con un promedio de 1 a 5 mensajes por año. Pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. Entiendo que puedo leer la política de privacidad completa de MorphoSys US Inc. en [www.MorphoSys-US.com/Privacy-Policy](http://www.MorphoSys-US.com/Privacy-Policy) y la política de privacidad de Incyte Corporation en [www.Incyte.com/Privacy-Policy](http://www.Incyte.com/Privacy-Policy). Envíe un mensaje que diga DETENER para cancelar y AYUDA para obtener ayuda.

Si también desea recibir información por EMAIL, proporcione su dirección de email: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_



FIRMA Y  
FECHA

Firma del paciente o del tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### 5. Consentimiento del paciente (proporcionado por el paciente o el cuidador autorizado en nombre del paciente)

Al firmar a continuación, entiendo (yo o mi cuidador autorizado) que mi firma le da el consentimiento a MorphoSys US Inc., MorphoSys Foundation, Incyte Corporation o a sus respectivos contratistas externos, agentes o delegados para mi inscripción en My MISSION Support. Además, le doy permiso a MorphoSys US Inc., MorphoSys Foundation, Incyte Corporation o a sus respectivos contratistas externos, agentes o delegados para contactar en mi nombre a mi proveedor de atención médica, distribuidor especializado, farmacia de especialidades o al seguro médico en relación con mi acceso a MONJUVI® (tafasitamab-cxix). **Finalmente, entiendo que yo o mi cuidador autorizado podemos detener mi participación en My MISSION Support en cualquier momento llamando al 855-421-6172, enviando un fax al 866-870-6241 o por email a [access@MyMISSIONSupport.com](mailto:access@MyMISSIONSupport.com).** Entiendo que mi negativa a firmar esta autorización no afectará mi posibilidad de recibir MONJUVI, mi tratamiento, el pago por el tratamiento, mi elegibilidad o la inscripción en beneficios de salud; sin embargo, la negativa limitará mi posibilidad de recibir servicios de ayuda a través de My MISSION Support.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_



FIRMA Y  
FECHA

Firma del paciente o del tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### 6. Autorización del paciente para usar y divulgar información médica

Autorizo (yo o mi cuidador autorizado) a mis proveedores de atención médica, incluidas mis farmacias (en conjunto “proveedores de atención médica”), mi aseguradora médica, plan o programas de salud que me proporcionan beneficios de atención médica (en conjunto “aseguradoras médicas”), y a cualquier distribuidor que dispense el producto, a que divulguen mi información médica a MorphoSys US Inc., MorphoSys Foundation, Incyte Corporation o a sus respectivos contratistas externos, agentes, delegados, o plataformas de conserjería móvil, incluida la información relacionada con mi afección médica y mi tratamiento, mi cobertura de seguro médico y mis reclamos, mi derivación e inscripción en My MISSION Support (conocido como “Programa”), descripta como “Mi información”, a los efectos de inscribirme y proporcionarme determinados servicios que incluyen:

- Determinar si soy elegible para participar en el Programa
- Determinar la cobertura o la elegibilidad en el Programa
- Investigar mi cobertura de seguro médico para MONJUVI
- Obtener una autorización previa de cobertura
- Asistir con apelaciones de reclamos de cobertura denegados
- Operar y administrar el Programa
- Derivar a otros programas, fundaciones independientes o fuentes alternativas de financiamiento o cobertura que puedan brindarme asistencia con el costo de mi MONJUVI
- Recibir cierta educación y ayuda específicas en relación con mi tratamiento

Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria y que mis proveedores de atención médica no condicionarán mi tratamiento en base a mi acuerdo con la firma de esta autorización, y mis aseguradoras médicas no condicionarán el pago de mi tratamiento, inscripción en mi seguro o mi elegibilidad para obtener beneficios de seguro en base a mi acuerdo con la firma de esta autorización. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de haberla firmado. Una vez divulgada Mi información, entiendo que las leyes federales de privacidad ya no podrán protegerla de una divulgación posterior. Sin embargo, el Programa acepta proteger Mi información usándola y divulgándola solo a los efectos permitidos en esta autorización, o en la medida que lo permita la ley. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización. Mi decisión de no firmar esta autorización no afectará mi posibilidad de obtener tratamiento médico, cobertura de seguro, acceso a beneficios de salud o medicamentos elaborados o comercializados por MorphoSys o Incyte Corporation. Sin embargo, si no firmo esta autorización, entiendo que no tendré la posibilidad de participar en el Programa. Acepto informar de inmediato a My MISSION Support si el estado de mi seguro médico cambia en el futuro, si obtengo algún plan de seguro médico nuevo, o si tengo derecho o me inscribo en un programa/financiación gubernamental de seguro médico (p. ej., Medicare o Medicaid). Entiendo que My MISSION Support se reserva el derecho de modificar, cambiar o finalizar My MISSION Support en cualquier momento con o sin notificación.

Entiendo que esta autorización permanecerá vigente por un (1) año o hasta que finalice mi participación en el Programa, a menos que retire (retracte) esta autorización con anterioridad. Además, entiendo que puedo retirar esta autorización en cualquier momento llamando a My MISSION Support al 855-421-6172 o enviando un fax con una solicitud por escrito al 866-870-6241. El retiro de esta autorización finalizará mi participación en el Programa y no afectará ninguna divulgación de Mi información en base a esta autorización antes de que mis proveedores de atención médica y mis aseguradoras médicas reciban y procesen esta autorización.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_



FIRMA Y  
FECHA

Firma del paciente o del tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## 7. Información del médico (para que complete el médico)

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
No. de NPI: \_\_\_\_\_ No. de SLN: \_\_\_\_\_ No. de identificación fiscal: \_\_\_\_\_  
Nombre del centro: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la oficina: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ FAX de la oficina: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nombre de contacto de la oficina: \_\_\_\_\_  
Lugar de la infusión (si es diferente del anterior) \_\_\_\_\_ Número de contacto: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## 8. Información médica del paciente

### Diagnóstico de pacientes con linfoma difuso de células B grandes (DLBCL, por sus siglas en inglés):

C83.30 Sitio inespecífico  
C83.31 Ganglios linfáticos de la cabeza, la cara, y el cuello  
C83.32 Ganglios linfáticos intratorácicos  
C83.33 Ganglios linfáticos intraabdominales  
C83.34 Ganglios linfáticos de la axila y miembro superior  
C83.35 Ganglios linfáticos de la región inguinal y miembro inferior

C83.36 Ganglios linfáticos intrapélvicos  
C83.37 Bazo  
C83.38 Ganglios linfáticos de varios sitios  
C83.39 Sitios extraganglionares y de órganos sólidos  
Otros: \_\_\_\_\_

**Adjunte cualquier antecedente médico y tratamientos previos relevantes.**

## 9. Información de prescripción (solo para el programa de asistencia al paciente, un programa de MorphoSys Foundation ("PAP"))

La prescripción solo es válida si se recibe conforme con los requisitos estatales aplicables.

La información de prescripción que se muestra a continuación debe ser completa y precisa para suministrar MONJUVI® (tafasitamab-cxix).

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Peso del paciente (kg): \_\_\_\_\_

Administración: \_\_\_\_\_ mg por dosis (dosis recomendada: 12 mg/kg)

### Prescripción No. 1 (Ciclo 1)

MONJUVI

Instrucciones: Administrar como solución intravenosa los días 1, 4, 8, 15 y 22 de cada ciclo  
Otros

Cantidad: 5 dosis (suministro de 28 días)  
0 recargas

### Prescripción No. 2 (Ciclos 2 y 3)

MONJUVI

Instrucciones: Administrar como solución intravenosa los días 1, 8, 15 y 22 de cada ciclo  
Otros

Cantidad: 4 dosis (suministro de 28 días)  
1 recarga

### Prescripción No. 3 (ciclo 4 en adelante)

MONJUVI

Instrucciones: Administrar como solución intravenosa los días 1 y 15 de cada ciclo  
Otros

Cantidad: 2 dosis (suministro de 28 días)  
\_\_\_\_\_ recargas

## 10. Declaración del médico

**(La solicitud de inscripción de pacientes no puede procesarse sin la firma de la declaración del médico).**

Certifico que la información del paciente y del médico en este formulario de inscripción es completa y precisa a mi leal saber y entender. He prescrito MONJUVI basándome en mi criterio de necesidad médica y supervisaré el tratamiento del paciente.

**He recibido la autorización necesaria del paciente antes de remitir la información médica a MorphoSys US Inc., MorphoSys Foundation, Incyte Corporation o sus respectivos contratistas externos, agentes o delegados, para dar inicio a la inscripción del paciente en My MISSION Support.**

Autorizo el reenvío de la prescripción a una farmacia de distribución especializada en mi nombre y en el del paciente, si se solicita. Acepto que no solicitaré un reembolso por ningún producto gratuito recibido conforme al PAP para este paciente o para ningún otro paciente. Asimismo, acepto que el paciente tampoco solicitará un reembolso por ningún producto gratuito recibido conforme al PAP. Además de no solicitar un reembolso, acepto notificar de inmediato a My MISSION Support si el paciente ya no recibe el producto a través del PAP y acepto devolver el producto donado por el PAP sin utilizar. Certifico que cumpliré con todos los requisitos de prescripción estatales específicos aplicables tales como la prescripción electrónica, el formulario estatal específico de prescripción, el idioma del fax, etc. Entiendo que el incumplimiento de los requisitos estatales específicos puede resultar en la divulgación.

Nombre del médico (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_



FIRMA Y  
FECHA

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_