

MAVENCLAD® (cladribina) tabletas de 10 mg
FORMULARIO DE RECETAS MÉDICAS Y SOLICITUD DE SERVICIO

Servicios solicitados

Verificación de beneficios

Asistencia financiera

Apoyo de enfermería

MSLifeLines®
 Envíe un fax al
1-866-227-3243

 ¿Tiene preguntas? Llámenos
al 1-877-447-3243
1 | Información del paciente (Complete las pruebas necesarias antes de empezar el tratamiento con MAVENCLAD)

Nombre _____ Apellido _____ Número de teléfono _____ Hogar _____ Trabajo _____ Celular _____
 Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____ Género (opcional) _____
 Dirección del hogar _____ Correo electrónico _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Método preferido de comunicación _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____
 Mensaje de texto (aceptar a continuación)

2 | Autorización del paciente

2A | He leído y comprendo la Autorización para usar y divulgar información médica y personal de otro tipo y acepto los términos de la página 2.

! FIRMA

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL

Fecha _____

Autoridad/relación del representante personal
(si aplica):
 Tutor legal Poder notarial

2B | Al marcar esta casilla, confirmo que he leído y comprendo la Aceptación de mensajes de texto de marketing y acepto los términos de la página 2.

3 | Información del seguro del paciente (Incluya una copia de ambos lados de la tarjeta del seguro)**Tipo de seguro**

Patrón _____ Medicaid _____ Medicare _____ Mercado de Intercambio de Seguros de Atención de la Salud _____ Ningún seguro _____ Otro: _____

¿Se ha iniciado la autorización previa (PA)? _____ Sí _____ No _____
 Si la respuesta es afirmativa, estado de la PA: Aprobada _____ Denegada _____ En proceso _____

Seguro primario _____

Nombre del asegurado (si es diferente al del paciente) _____

Id. # _____ Grupo # _____ Teléfono # _____

Seguro de recetas médicas _____

Id. de Rx # _____ Grupo de Rx # _____

BIN de Rx _____ PCN de Rx _____ Teléfono # _____

4 | Historial médico del paciente

Último DMD _____ Fecha de la última dosis _____

DMD anteriores para EM _____

5 | Información del médico que receta

Nombre _____ Apellido _____

Nombre del consultorio/clínica/institución _____

Dirección _____

Nombre del contacto del consultorio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de contacto _____ Int. _____

NPI # _____ Id. fiscal # _____

Fax del consultorio _____

Licencia estatal # (solo para PR) _____

Correo electrónico del contacto _____

6 | MAVENCLAD Tabletas de 10 mg Información de la receta médica

Farmacia especializada preferida _____ ¿Ya se envió la receta médica? Sí _____

No _____ Teléfono de la farmacia _____ Fax _____

PESO DEL PACIENTE**CURSO DE TRATAMIENTO:**

lb _____

kg _____

Año 1 Año 2 Otro (Año 1 y 2 completados)

¿Su paciente está listo para empezar la terapia? Sí _____ No _____ No sabe _____

Si la respuesta es "no", ¿cuál es la fecha prevista de inicio de la terapia? _____

En las tablas a continuación, marque la fila que corresponda a la cantidad de tabletas a recetar en el primer ciclo (mes 1) y luego en el segundo ciclo (mes 2).

6A | Cantidad de tabletas de 10 mg de MAVENCLAD por ciclo**Instrucciones de uso:** Tomar por boca como se indica en las instrucciones del paquete. No repetir la receta.

Rango de peso: ~lb (kg)	Cant. de tabletas por día (Días 1 a 5)	Cant. total de tabletas autorizadas
88 a <110 lb (40 a <50 kg)	1-1-1-1-0	4
110 a <132 lb (50 a <60 kg)	1-1-1-1-1	5
132 a <154 lb (60 a <70 kg)	2-1-1-1-1	6
154 a <176 lb (70 a <80 kg)	2-2-1-1-1	7
176 a <198 lb (80 a <90 kg)	2-2-2-1-1	8
198 a <220 lb (90 a <100 kg)	2-2-2-2-1	9
220 a <242 lb (100 a <110 kg)	2-2-2-2-2	10
>242 lb (110 kg y más)	2-2-2-2-2	10

Rango de peso: ~lb (kg)	Cant. de tabletas por día (Días 1 a 5)	Cant. total de tabletas autorizadas
88 a <110 lb (40 a <50 kg)	1-1-1-1-0	4
110 a <132 lb (50 a <60 kg)	1-1-1-1-1	5
132 a <154 lb (60 a <70 kg)	2-1-1-1-1	6
154 a <176 lb (70 a <80 kg)	2-2-1-1-1	7
176 a <198 lb (80 a <90 kg)	2-2-1-1-1	7
198 a <220 lb (90 a <100 kg)	2-2-2-1-1	8
220 a <242 lb (100 a <110 kg)	2-2-2-2-1	9
>242 lb (110 kg y más)	2-2-2-2-2	10

7 | Autorización del médico que receta* | DIAGNÓSTICO: código de ICD-10 G35.A (EMRR), G35.C1 (EMSP activa) o G35.D (EM, no especificada)

- Certifico que la terapia prescrita es médica y necesaria para el tratamiento de uno de los diagnósticos enumerados anteriormente y que esta información es precisa según mi leal saber y entender.
- Autorizo a EMD Serono, Inc. a ser mi agente designado (1) para proporcionar cualquier información en este formulario a la aseguradora del paciente mencionado anteriormente y (2) para enviar la receta médica anterior por cualquier método, según la ley aplicable, a la farmacia elegida por el paciente mencionado anteriormente.
- Por la presente, certifico que mi consultorio ha obtenido la autorización conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA) del paciente mencionado anteriormente para divulgar información médica y otra información médica protegida necesaria para que EMD Serono brinde los servicios descritos en la Autorización en la página siguiente, incluida la asistencia al paciente para obtener cobertura de seguro para MAVENCLAD.

! FIRMA

Firma del proveedor (Dispensar como se prescribe)

(Sustitución permitida)

Fecha _____

*Los médicos que recetan deben revisar y cumplir los requisitos de emisión de recetas específicos de su estado (p. ej., mandatos de recetas electrónicas, formularios de recetas oficiales del estado).

Complete el formulario y envíelo por fax a MS LifeLines al 1-866-227-3243. Si el formulario está incompleto, podría retrasarse el tratamiento o la inscripción del paciente en MS LifeLines.

DMD= medicamento que modifica

la enfermedad Consulte la información de prescripción completa, incluidas las ADVERTENCIAS EN RECUADROS

y la Guía del medicamento.

US-MAV-02641 12/25

CONFIDENCIAL



Autorización para usar y divulgar información médica y personal de otro tipo

Autorizo a mí(s) médico(s) tratante(s), farmacia(s), compañía(s) de seguro médico, plan(es) de medicamentos recetados y otras partes que me brindan atención de la salud o pagan por esta (colectivamente, "Mis proveedores y planes de atención médica") a divulgar mi información médica personal y protegida ("Información médica") a EMD Serono, Inc. y sus agentes y representantes (colectivamente "EMD Serono"). Mi información médica puede incluir, entre otros, información sobre mi diagnóstico y tratamiento de la esclerosis múltiple ("EM"), información incluida en un formulario de recetas médicas y solicitud de servicio, y cualquier otra información que mis proveedores y planes de atención médica consideren pertinente y que pueda considerarse confidencial o especialmente protegida por la ley. EMD Serono puede usar y divulgar mi información médica a mis proveedores y planes de atención médica o a otros terceros para: (1) inscribirme y administrar el Programa de Apoyo MS LifeLines y comunicarse conmigo por correo postal, correo electrónico o llamada en vivo al/a los número(s) de teléfono que se enumera(n) a continuación, o a cualquier número de teléfono que yo proporcione a futuro; (2) realizar una investigación de beneficios y coordinar mi cobertura de seguro para cualquier producto de EMD Serono recetado; (3) facilitar el surtido de mi receta y la entrega y administración del/de los producto(s); (4) comunicarse conmigo con respecto al Programa de Apoyo MS LifeLines y realizar control de calidad, encuestas y otras actividades comerciales internas en relación con dicho Programa; y (5) realizar actividades de marketing que incluyan, entre otras, proporcionarme materiales educativos y promocionales, información, ofertas especiales y servicios relacionados con mi terapia o mi afección médica, o realizar actividades de investigación de mercado que incluyan contactarme para participar en grupos de enfoque, encuestas o entrevistas que puedan ser financiadas o enviadas por EMD Serono, un Programa de Apoyo MS LifeLines o una filial de EMD Serono.

Comprendo que, una vez que mi información se divulgue de conformidad con esta autorización, es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad federales (p. ej., la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos [HIPAA]) o las leyes de privacidad estatales, y que se divulgue a otros. No obstante, comprendo que EMD Serono no divulgará mi información de identificación personal a un tercero, excepto según lo dispuesto en esta autorización o según lo permita la ley aplicable, sin obtener primero mi consentimiento independiente por escrito (o el de mi representante autorizado).

Para obtener más información acerca de sus derechos y opciones de privacidad, consulte la notificación de privacidad de EMD Serono en <https://www.emdserono.com/us-en/privacy-policy.html>.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que dicha negativa no afectará mi capacidad de recibir cualquier producto de EMD Serono, mi tratamiento, el pago del tratamiento, la elegibilidad o inscripción en los beneficios para la salud, pero limitará mi capacidad de recibir los servicios del Programa de Apoyo MS LifeLines. Comprendo que esta autorización permanecerá vigente durante 10 años, o cualquier período más corto que pueda requerir la ley estatal, a partir de la fecha de mi firma, a menos que la revoque antes comunicándome con EMD Serono por escrito a EMD Serono & MS LifeLines, 200 Pier 4 Boulevard. Boston, MA 02210. Si revoco esta autorización, mis proveedores y planes de atención médica dejarán de divulgar esta información a EMD Serono, y EMD Serono dejará de usar y divulgar mi información lo antes posible, pero la revocación no afectará el uso o la divulgación anteriores de mi información en virtud de esta autorización.

Entiendo que algunos de mis proveedores y planes de atención médica pueden recibir una compensación a cambio de la divulgación de mi información a EMD Serono. También comprendo que tengo el derecho a recibir una copia firmada de esta autorización.

Para dar su consentimiento, complete el Paso 2: Autorización del paciente en la página 1, incluida la línea de firma.

Aceptación de mensajes de texto de marketing automatizados

Autorizo a EMD Serono, Inc. (o a sus agentes) a enviar mensajes de texto de marketing a los números de teléfono celular indicados (o a cualquier número de teléfono que yo proporcione a futuro a EMD Serono, Inc. o a sus agentes) utilizando un sistema de marcación telefónica automática de forma recurrente. Este consentimiento también permite que EMD Serono se comunique conmigo por mensaje de texto para brindarme servicios del Programa de Apoyo MS LifeLines. La firma de este consentimiento no es una condición para participar en el Programa de Apoyo MS LifeLines ni para comprar productos, bienes o servicios de EMD Serono. Comprendo que mi proveedor de servicios de telefonía móvil puede cobrarme tarifas por los mensajes de texto que reciba, y acepto que EMD Serono no tendrá responsabilidad alguna por el costo de dichas llamadas o mensajes de texto. En cualquier momento, puedo retirar mi consentimiento para recibir mensajes de texto respondiendo "STOP" mediante un mensaje de texto de respuesta o comunicándome con EMD Serono por escrito a EMD Serono & MS LifeLines, 200 Pier 4 Boulevard. Boston, MA 02210.

Para dar su consentimiento, marque la casilla que figura en el Paso 2: Autorización del paciente en la página 1.

MS LifeLines es un servicio de apoyo educativo para personas que padecen EM y sus familias, y está patrocinado por EMD Serono, Inc.

©2025 Merck KGaA, Darmstadt, Alemania o sus afiliadas. Todos los derechos reservados. EMD Serono es la línea de negocios de atención de la salud de Merck KGaA, Darmstadt, Alemania, en los Estados Unidos y Canadá. MAVENCLAD y MS LifeLines son marcas registradas de Merck KGaA, Darmstadt, Alemania o sus afiliadas.