



ENVIAR POR FAX EL FORMULARIO COMPLETO AL 1-800-822-2496
Si tiene alguna pregunta sobre este formulario,
llame al 1-800-931-8691

PORTADA DE FAX PARA SOLICITUD DE CASO

PARA: (SU COORDINADOR DE APOYO AL PACIENTE)	DE:
FAX: 1-800-822-2496	SU FAX:
TELÉFONO: 1-800-931-8691	SU TELÉFONO:
REF.: (NOMBRE DEL PACIENTE)	FECHA:

Lista de control del fax:

- Firma del médico o el proveedor de atención médica en el formulario del médico
- Firma del paciente o el representante del paciente en el formulario del paciente
- Documentación del Poder, si corresponde
- Copia del frente y el dorso de la(s) tarjeta(s) de seguro





Formulario de solicitud

**ENVIAR POR FAX EL FORMULARIO COMPLETO
AL 1-800-822-2496**
Si tiene alguna pregunta sobre este formulario,
llame al 1-800-931-8691

- NUEVO**
 RENOVACIÓN

ESTA HOJA DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO O EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Fecha de la solicitud	Número de caso (para uso interno solamente)	<input type="checkbox"/> Marque aquí ÚNICAMENTE si se aplica para investigación del seguro
-----------------------	---------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA O A MÁQUINA

NOMBRE DEL PACIENTE _____

INFORMACIÓN SOBRE EL DIAGNÓSTICO (ICD-9): _____

FÁRMACO _____ **DOSIFICACIÓN** _____

NOMBRE DEL MÉDICO	NÚM. DE DEA	NÚM. DE ID. FISCAL DEL PROVEEDOR
NOMBRE DE LA CLÍNICA	NÚM. DE NPI	
DIRECCIÓN POSTAL	NÚM. Y PIN DEL PROVEEDOR DE MEDICAID	
CIUDAD/ESTADO/CÓD. POSTAL	NÚM. DEL PROVEEDOR DE BC/BS	
NOMBRE DEL CONTACTO	TÍTULO DEL CONTACTO	
NÚM. DE TELÉFONO Y EXTENSIÓN DEL CONTACTO	NÚM. DE FAX DEL CONTACTO	

INFORMACIÓN DEL SEGURO / ASISTENCIA DEL PACIENTE

¿El paciente tiene cobertura de Medicare? Sí No

En caso **afirmativo**, marque todo lo que corresponda:

- Parte A Parte B
 Parte D Medicare Advantage

Núm. de póliza de Medicare		Fecha de vigencia
-----------------------------------	--	--------------------------

Si tiene PARTE D, detalle a continuación la información sobre el Plan de medicamentos recetados:

Compañía aseguradora primaria	Número de teléfono	Número de póliza y grupo	Nombre del titular de la póliza	Núm. de Seguro Social del titular de la póliza
Compañía aseguradora secundaria	Número de teléfono	Número de póliza y grupo	Nombre del titular de la póliza	Núm. de Seguro Social del titular de la póliza
Cobertura de asistencia del paciente VA/Estatal u otra	Número de teléfono	Número de póliza y grupo	Nombre del titular de la póliza	Núm. de Seguro Social del titular de la póliza

Medicaid: Negada/No califica No fue solicitada Cobertura pendiente

**** Incluya una copia del frente y el dorso de las tarjetas de seguro ****

Por la presente, certifico lo siguiente: (a) he obtenido de mi paciente todas las autorizaciones obligatorias para divulgar su información, incluyendo la información financiera y médica a Celgene Corporation y sus representantes/agentes según lo requerido para esta solicitud; (b) comprendo que esta información sólo será utilizada por Celgene y sus representantes/agentes para evaluar si mi paciente califica para el programa del Coordinador de Apoyo al Paciente de Celgene; (c) no he recibido, ni intentaré recibir o aceptar reembolsos por ningún fármaco proporcionado a mi paciente por parte de Celgene; (d) comprendo que si cambia la situación financiera o del seguro de mi paciente, quizás el paciente ya no califique para este programa, y yo notificaré sobre dicho cambio a Celgene; (e) comprendo que no estoy obligado a recetar ningún fármaco de Celgene; (f) no he recibido ni recibiré ningún beneficio de Celgene por recetar un fármaco de Celgene; (g) la información contenida en este formulario es completa y precisa a mi leal saber y entender; (h) si tomo conocimiento de algún error en este formulario, notificaré a Celgene sobre los errores y procuraré corregirlos.

FIRMA DEL MÉDICO O EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA _____ **FECHA** _____



Formulario de solicitud

**ENVIAR POR FAX EL FORMULARIO COMPLETO
AL 1-800-822-2496**
Si tiene alguna pregunta acerca de este formulario,
llame al 1-800-931-8691

NUEVO
 RENOVACIÓN

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE – PARA SER COMPLETADO POR EL PACIENTE O EL REPRESENTANTE DEL PACIENTE

Esta solicitud podría estar sujeta a una auditoría al azar sobre la información de ingresos y activos

NOMBRE DEL PACIENTE _____

SEXO: FEMENINO MASCULINO

DIRECCIÓN _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) CASADO(A)

CIUDAD/ ESTADO/ CÓD. POSTAL _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

NÚM. DE TELÉFONO _____

NÚM. DE SEGURO SOCIAL _____

CANTIDAD DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR _____

¿Es usted veterano del Servicio de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? Sí No

**INGRESO BRUTO MENSUAL TOTAL DE LA FAMILIA:
NO DEJE EN BLANCO NI INDIQUE N/A**

\$ _____ (obligatorio)

Incluyendo, por ejemplo, salario, pensión, Seguro Social, discapacidad, ingresos de dividendos, ingresos de rentas

**ACTIVOS FAMILIARES TOTALES:
NO DEJE EN BLANCO NI INDIQUE N/A**

\$ _____ (obligatorio)

Incluyendo, por ejemplo, ahorros, cuentas de cheques y de mercado monetario, certificados de depósito, valor de mercado estimado de las cuentas de jubilación individual, acciones, bonos y fondos mutuos (no incluir artículos del hogar, bienes personales, casa, automóvil)

En la medida necesaria para procesar y administrar mi solicitud del Coordinador de Apoyo al Paciente de Celgene, por la presente:

1. Designo al Coordinador de Apoyo al Paciente de Celgene y a sus agentes como mis representantes personales, con autoridad para actuar en mi nombre con respecto a las decisiones relacionadas con esta solicitud.
2. Autorizo al Coordinador de Apoyo al Paciente de Celgene y a sus agentes a comunicarse con mis proveedores de atención médica, planes de salud, aseguradoras, otras potenciales fuentes de financiación de la ciudad, el condado, el estado o federales, asistentes sociales y organizaciones de defensoría del paciente (en conjunto, las "Agencias") en mi nombre para pedir la información para mi solicitud del Coordinador de Apoyo al Paciente de Celgene.
3. Indico a las Agencias que reconozcan al Coordinador de Apoyo al Paciente de Celgene y a sus agentes como mis representantes personales para esta solicitud.
4. Indico a las Agencias que transmitan, en formato electrónico o de otro modo, al Coordinador de Apoyo al Paciente de Celgene y a sus agentes dicha información (incluyendo sin restricción, información relacionada con mi condición médica, tratamiento o terapia con medicamentos) conforme lo soliciten el Coordinador de Apoyo al Paciente de Celgene y sus agentes para esta solicitud.

Comprendo que el Coordinador de Apoyo al Paciente de Celgene y sus agentes solicitarán únicamente la información necesaria para procesar y administrar esta solicitud, y que no divulgarán la información que obtengan, excepto según sea necesario a estos efectos o conforme a lo requerido por la ley aplicable.

Por la presente, certifico lo siguiente: (a) la información contenida en esta solicitud es completa y precisa a mi leal saber y entender; (b) comprendo que si cambia mi cobertura del plan de medicamentos recetados o mi condición financiera, quizás ya no califique para este programa, y notificaré a la brevedad al Coordinador de Apoyo al Paciente de Celgene sobre tales cambios; (c) si un programa de seguro federal, estatal o privado decide reembolsar a mi favor la medicación solicitada, se lo notificaré al Coordinador de Apoyo al Paciente de Celgene y comprendo que podría dejar de calificar para recibir asistencia; (d) a pedido del Coordinador de Apoyo al Paciente de Celgene y/o sus agentes/representantes, proveeré la documentación que puede incluir registros financieros personales a fin de verificar la información contenida en esta solicitud; (e) notificaré al Coordinador de Apoyo al Paciente de Celgene sobre cualquier error contenido en esta solicitud y procuraré corregir dichos errores.

FIRMA DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

NOMBRE DEL PACIENTE O DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE: _____

(EN LETRA DE IMPRENTA)

Si firma el Representante del paciente, envíe por fax la documentación del Poder.