

Gracias por su interés en presentar su solicitud ante ENCourage Foundation®. Esta fundación es una organización que no persigue fines de lucro y que provee Enbrel® (etanercept) a los pacientes admisibles, sin costo alguno.

PARA PRESENTAR SOLICITUD ANTE LA FUNDACIÓN:

- Lea y complete el formulario de solicitud del paciente.
- Firme y feche el formulario de consentimiento y certificación del paciente.
- Presente un comprobante de ingresos. Puede presentar uno cualquiera de los siguientes:
 - Última declaración de impuesto a las ganancias estatal o federal
 - Último formulario W-2 presentado
 - Carta de otorgamiento de SSDI/SSI
 - Resúmenes de cuenta bancaria (últimos 3 meses donde se reflejen los depósitos de los ingresos).
 - Talones de pago (últimos 2 talones de pago).
 - Credencial o carta de aceptación en el programa (por ejemplo, ORSA).

Si usted carece de un comprobante de ingreso o actualmente el hogar no percibiera ingreso alguno (\$0), debido a que perdieron el empleo o por cualquier otra circunstancia, por favor, complete uno de los siguientes formularios:

- Declaración de ingresos certificada por notario público (formulario adjunto)
 - Formulario de declaración con dos firmas (formulario adjunto)
-
- Solicite a su médico que complete y firme el formulario de prescripción del producto.

ENVÍE POR CORREO O POR FAX DESDE EL CONSULTORIO DEL MÉDICO LA SOLICITUD COMPLETA A:

ENCourage Foundation®
PO BOX 4133
Gaithersburg, MD 20885-9901
Fax: 888/508-8083

(Tenga en cuenta que las copias de las solicitudes enviadas por fax deben ser remitidas desde el consultorio del médico).

Una vez que recibamos la solicitud completa, tanto usted como su médico serán notificados sobre su admisibilidad. Si tiene dudas, llame al 800/282-7752, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del Este.

Sin otro particular, saluda atentamente.

ENCourage Foundation®

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL PACIENTE

Información del paciente

Nombre del paciente:	Apellido del paciente:		
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Reside en EE. UU.?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ingreso anual actual del grupo familiar: \$	Fuente de ingresos:		
N.º de personas que componen el grupo familiar:	Dirección de correo electrónico:		
N.º de teléfono principal:	Tipo de n.º de teléfono principal:	<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Celular	
N.º de teléfono secundario:	Tipo de n.º de teléfono secundario:	<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Celular	

Información sobre el domicilio del paciente

Domicilio postal

Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de envío <i>(No se aceptan casillas de correo)</i>		
<input type="checkbox"/> Marque aquí si la dirección de envío coincide con el domicilio postal		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Información del seguro

- Estoy asegurado *(complete todos los datos del seguro que correspondan a continuación)*
 No estoy asegurado

Póliza de seguro principal del paciente	Póliza de seguro secundaria del paciente
Nombre de la aseguradora:	Nombre de la aseguradora:
Nombre del suscriptor:	Nombre del suscriptor:
Apellido del suscriptor:	Apellido del suscriptor:
Medicare (A, B)	Medicare Parte D (plan de medicamentos recetados)
Estado de la inscripción: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Denegada <input type="checkbox"/> En trámite	Estado de la inscripción: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Denegada <input type="checkbox"/> En trámite
Fecha efectiva:	Fecha efectiva:
Teléfono: ()	Teléfono: ()
Medicaid	
Estado de la inscripción: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Denegada <input type="checkbox"/> En trámite	
Fecha efectiva:	
Teléfono: ()	

Información del médico

Nombre del médico:	Apellido del médico:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
N.º de teléfono:	N.º de fax:	

Para uso interno exclusivamente

N.º de identificación de la fundación:	N.º de identificación del distribuidor:
--	---

CONSENTIMIENTO Y CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____

- Deseo recibir Enbrel® (etanercept) sin cargo alguno de ENCourage Foundation®. No tengo seguro de salud pública, ni uno privado y tampoco reúno los requisitos para que se me otorgue uno que no sea el mencionado anteriormente. Tampoco tengo ninguna otra forma de asistencia pública para mis gastos médicos y no soy admisible para recibirla.
- Certifico que no solicitaré el reembolso por parte de ninguna compañía de seguro ni de un plan de beneficios sanitarios del gobierno, por ningún ENBREL que reciba de ENCourage Foundation®.
- Certifico que a mi leal saber y entender, la información adjunta es correcta. Entiendo que esta información no se utilizará con ningún otro fin, salvo que yo otorgue mi consentimiento escrito para ello, o que el gobierno lo exija, o que ENCourage Foundation® elimine mi nombre y otros datos de identificación.
- Comprendo que ENCourage Foundation® puede cambiar o suspender este programa con respecto a cualquier paciente o en su totalidad, en cualquier momento. También entiendo que a pesar de que ENBREL se me puede suministrar en forma gratuita ahora, esto no significa que tendré derecho a recibirlo sin cargo indefinidamente.
- No venderé, ni comercializaré, ni distribuiré el ENBREL que ENCourage Foundation® me otorgue.
- Autorizo a mi proveedor de servicios médicos y a mi o mis planes de salud a suministrar mis registros médicos y la información relacionada, lo cual incluye, aunque en forma no taxativa, mi nombre, número de Seguro Social, dirección y fecha de nacimiento y la información financiera a ENCourage Foundation®, Amgen y Pfizer, encargados de la comercialización de ENBREL, sus apoderados y personas designadas, para que puedan obtener información acerca de mi cobertura de seguro y determinar si reúno los requisitos para recibir ENBREL sin cargo, por medio de ENCourage Foundation®. También autorizo a la Fundación, a Amgen, Pfizer y sus apoderados y personas designadas a compartir mi información médica y otra relacionada entre ellos y con mis proveedores de servicios médicos y mi o mis planes de salud, a los efectos de facilitar mi capacidad de recibir ENBREL, por medio de la Fundación, y para que se contacten conmigo si necesitan conocer mi opinión sobre los servicios prestados por la Fundación.
- Una vez que mi información sanitaria haya sido divulgada por mi proveedor y compañías de seguro médico, las leyes de privacidad federales ya no pueden proteger la información de nuevas divulgaciones. Sin embargo, ENCourage Foundation®, Amgen y Pfizer convienen en proteger mi información utilizándola y divulgándola sólo a los efectos antes descritos o según las exigencias de la ley. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización, pero que si me niego a hacerlo, puedo tener que pagar Enbrel de mi bolsillo. Mis proveedores y compañías de seguro médico no condicionarán mi tratamiento médico, pago del tratamiento o los beneficios de seguro a que yo acepte firmar esta autorización. Puedo revocar la presente autorización en cualquier momento, enviando por correo o fax las cartas de revocación firmadas a ENCourage Foundation®, a la siguiente dirección: PO BOX 4133, Gaithersburg, MD 20879-7808 o por fax al 888/ 508-8083. Tengo derecho a recibir una copia de la presente autorización. Esta autorización vence a los diez (10) años contados desde la fecha de mi firma. Una fotocopia de esta autorización tiene la misma validez que el original.
- Entiendo que ENCourage Foundation®, Amgen, Pfizer o sus apoderados o personas designadas, pueden necesitar trabajar con mi asistente social o con otros profesionales de la salud para manejar el caso y coordinar mis cuidados, lo cual incluye la reposición de medicamentos, en mi nombre y representación. Por el presente autorizo a _____ (nombre, apellido), _____ (relación con el paciente) a desempeñarse como mi representante a los efectos de coordinar la terapia en ENCourage Foundation®.

Firma del paciente

Fecha

La ENCourage Foundation® se reserva el derecho de modificar o suspender el presente programa con respecto a cualquier paciente o en su totalidad, en cualquier momento.

La ENCourage Foundation® también se reserva el derecho de tomar una determinación independiente respecto de la necesidad financiera.

ENCourage Foundation®
PO BOX 4133
Gaithersburg, MD 20878-7808
Teléfono: 800/282-7752 Fax: 888/508-8083

FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO

Instrucciones del médico: complete y firme el formulario. Envíe por fax o correo el formulario completo a la siguiente dirección:

ENCourage Foundation®
 PO BOX 4133
 Gaithersburg, MD 20885-9901
 Teléfono: 800/282-7752 Fax: 888/508-8083

Información del médico

Nombre del médico:		Apellido del médico:	
Nombre de la institución/de la práctica:		Nombre de contacto en la institución/de la práctica: (Que no sea el médico)	
Dirección: (No se aceptan casillas de correo)			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
N.º de teléfono:	N.º de licencia estatal:	Dirección de correo electrónico:	

Información del paciente

Nombre del paciente:		Apellido del paciente:	
Fecha de nacimiento:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

Información de la receta para Enbrel® (etanercept)

Medicación	Dosis	Frecuencia	Marque uno	Esquema de envíos
ENBREL	50 mg SureClick®	Una vez por semana	<input type="checkbox"/>	Nuevos afiliados /dosis descendente: <ul style="list-style-type: none"> Provisión para un año, desde la fecha escrita en la receta. Envíos mensuales para los primeros tres meses, luego cada tres meses, para los nueve meses restantes. Reinscriptos: <ul style="list-style-type: none"> Provisión para un año, desde la fecha escrita en la receta. Cuatro envíos para tres meses cada uno.
		Dos veces por semana durante 3 meses; luego, una vez por semana (Dosis descendente)	<input type="checkbox"/>	
ENBREL	50 mg, jeringa precargada	Una vez por semana	<input type="checkbox"/>	
		Dos veces por semana durante 3 meses; luego una vez por semana (Dosis descendente)	<input type="checkbox"/>	
ENBREL	Vial de 25 mg	Una vez por semana	<input type="checkbox"/>	
		Dos veces por semana	<input type="checkbox"/>	
ENBREL	25 mg, jeringa precargada	Una vez por semana	<input type="checkbox"/>	
		Dos veces por semana	<input type="checkbox"/>	
ENBREL			<input type="checkbox"/>	

Todos los envíos del producto se remiten al paciente. Si usted desea que en cambio, se envíen al consultorio del médico, marque aquí .
 El período de prescripción abarca 12 meses, salvo que se indique aquí de otro modo: _____

He recetado ENBREL para el paciente antes nombrado. Mi paciente me otorgó su consentimiento para que suministre esta información. Entiendo que no debe facturarse a ningún tercero ni al paciente, ni cobrárselo por el ENBREL provisto en virtud de este programa. Entiendo que ningún producto gratuito debe venderse, comercializarse o distribuirse para su venta.

X _____

Firma original del médico (no se aceptan sellos)

Fecha

Completar este formulario es independiente del proceso de solicitud y no garantiza la inscripción en ENCourage Foundation®. La ENCourage Foundation® debe revisar la solicitud completa y la documentación de sostén para determinar la admisibilidad del paciente.

Para uso interno exclusivamente

N.º de caso :	N.º de identificación del paciente:
---------------	-------------------------------------

OPCIONAL: *utilice este formulario sólo si no puede presentar documentación que compruebe sus ingresos*

DECLARACIÓN DE INGRESOS CERTIFICADA POR NOTARIO PÚBLICO

Nombre: _____ Fecha de nac: _____

Mis ingresos anuales estimados por grupo familiar actualmente son de \$_____.
(Por favor, incluya la cantidad en dólares)

- \$_____ Ingresos por discapacidad del Seguro Social (SSDI, *Social Security Disability Income*) (A partir de ____/____/____)
- \$_____ Ingresos de seguro complementario (SSI, *Supplemental Security Income*)
- \$_____ Asistencia del Departamento de Bienestar Público
- \$_____ Beneficios de desempleo (Del ____/____/____ al ____/____/____)
- \$_____ Beneficios por indemnización laboral (Del ____/____/____ al ____/____/____)
- \$_____ Dividendos, intereses o cuentas de inversión
- \$_____ Empleo (propio y/o de mi cónyuge)
- \$_____ Otros (incluye asistencia recibida de la familia, amigos, obras de caridad o la iglesia. Especifique la cantidad de asistencia financiera que recibe: puede incluir un porcentaje de la renta, alimentos, etc.).

Número de personas del grupo familiar: _____

DEBE HACER CERTIFICAR ESTE FORMULARIO POR ESCRIBANO PÚBLICO PARA EVITAR RETRASOS EN EL PROCESAMIENTO DE SU SOLICITUD.

Firma del paciente _____

Sello del notario

Fecha _____

Firma del notario _____

Fecha _____



OPCIONAL: *utilice este formulario sólo si no puede presentar documentación que compruebe sus ingresos*

FORMULARIO DE TESTIFICACIÓN

Nombre: _____ Fecha de nac: _____

Mis ingresos anuales estimados por grupo familiar ascienden actualmente a \$_____.
(Por favor, incluya la cantidad en dólares)

- \$_____ Ingresos por discapacidad del Seguro Social (SSDI, *Social Security Disability Income*) (A partir de ____/____/____)
- \$_____ Ingresos de seguro complementario (SSI, *Supplemental Security Income*)
- \$_____ Asistencia del Departamento de Bienestar Público
- \$_____ Beneficios de desempleo (Del ____/____/____ al ____/____/____)
- \$_____ Beneficios por indemnización laboral (Del ____/____/____ al ____/____/____)
- \$_____ Dividendos, intereses o cuentas de inversión
- \$_____ Empleo (propio y/o de mi cónyuge)
- \$_____ Otros (incluye asistencia recibida de la familia, amigos, obras de caridad o la iglesia. Especifique la cantidad de asistencia financiera que recibe: puede incluir un porcentaje de la renta, alimentos, etc.).

Número de personas del grupo familiar: _____

Asesor del paciente/testificación del personal del consultorio médico:

El personal del consultorio médico puede firmar a continuación para testificar la situación financiera del paciente.

A mi leal saber y entender, sé que la información financiera suministrada en esta solicitud es cierta.

Nombre en letra de molde: _____

Cargo: _____

Firma original: _____
(No se aceptan sellos)

Fecha: _____

Firma del paciente

Firma del paciente: _____

Fecha: _____