

Programa REACH (Recursos para la Línea de Asistencia y Cuidados Expertos) de Nexavar
PO Box 220765
Charlotte, NC 28222-0765
Teléfono: **1.87.REACH.4.IT (1.877.322.4448)**
Fax: **1.866.639.5181**

Formulario de inscripción

Complete cada sección de la manera más detallada posible y devuelva este formulario de inscripción confidencial a REACH. Si un artículo no aplica en su caso, escriba "N/A" sobre la línea.

Información del médico

Nombre del médico: _____
Nombre del centro/unidad: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Contacto en la oficina: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Mejor hora para llamar: _____
Correo electrónico del contacto en la oficina: _____
Núm. de licencia estatal: _____
Núm. de identificación fiscal: _____ Núm. de NPI: _____

Información del médico que realiza el despacho desde el consultorio*

(*Complete esta sección únicamente si el médico hace el despacho en el consultorio)
Núm. del proveedor pagador específico (seguro primario): _____
Núm. del proveedor pagador específico (seguro secundario): _____
Núm. de identificación fiscal: _____

Información sobre el diagnóstico del paciente

Código de diagnóstico/ICD-9 del paciente: _____

Receta médica

¡Sólo la comprobación de beneficios!

Tras la confirmación de la cobertura del seguro (o de que el paciente apruebe recibir asistencia a través del Programa REACH de Nexavar), se enviarán los medicamentos a través de un proveedor farmacéutico especializado al domicilio del paciente (mencionado en la parte superior derecha), a menos que el practicante indique lo contrario:

Nombre del paciente: _____
Nombre del producto: NEXAVAR tabletas de 200 mg
Suministrado como: 120 tabletas por frasco (suministro de 30 días)
(Dosis recomendada: 400 mg dos veces al día)
Dosis: _____ Firma: _____
Cantidad: _____
Reposición(es): _____ Núm. DEA: _____ Fecha: _____

Declaración del médico

He verificado que la información tanto del médico como del paciente incluida en este formulario de inscripción es a mi juicio fiel y completa, y que he recetado NEXAVAR con base en mi juicio profesional de necesidad médica. Autorizo a Bayer y Onyx, y a sus compañías afiliadas o subcontratistas, a reenviar esta receta a una farmacia de despacho en representación mía y de mi paciente.

Designo al Programa REACH de Nexavar únicamente para que transmita en mi nombre a la farmacia escogida por el paciente antes mencionado, o en su nombre, la receta aquí descrita.

Autorizo al Programa REACH de Nexavar a realizar una evaluación preliminar de verificación de seguro para el paciente antes mencionado, y autorizo y solicito también que el Programa REACH de Nexavar me proporcione toda y cualquier información que sea necesaria para completar una Carta de Necesidad Médica según sea necesario como resultado de tal evaluación de verificación de seguro.

Firma del médico: _____
Fecha: _____

Información del paciente

Nombre del paciente: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Fecha de nacimiento: _____ NSS: _____
Teléfono durante el día: _____
Teléfono durante la noche: _____ Mejor hora para llamar: _____
Teléfono móvil: _____
Correo electrónico: _____
Idioma primario del paciente: _____
Nombre del contacto alternativo: _____
Teléfono del contacto alternativo: _____

Información sobre el seguro del paciente

Asegurador primario: _____
Teléfono: _____
Núm. de identificación de la póliza: _____ Núm. de grupo: _____
Nombre del suscriptor/Fecha de nacimiento: _____
¿Este plan ofrece cobertura para medicamentos con receta? SÍ NO
Asegurador secundario: _____
Teléfono: _____
Núm. de identificación de la póliza: _____ Núm. de grupo: _____
Nombre del suscriptor/Fecha de nacimiento: _____
¿Este plan ofrece cobertura para medicamentos con receta? SÍ NO

Información financiera del paciente*

Ingreso doméstico anual actual: \$ _____
Número de personas en el hogar que dependen del ingreso arriba mencionado (incluyendo al solicitante): _____
Fuente de ingresos: Empleo Familia Asistencia pública SSI/SSDI
 Otro (Explique): _____

*Se requerirá documentación de prueba de ingresos para realizar una evaluación de elegibilidad para el Programa de asistencia al paciente. (por ej., Formulario 1040 de declaración fiscal, SSA-1099, Formulario W-2, etc.)

Autorización del paciente

Declaro que la información proporcionada en este formulario de inscripción es actual, fiel y completa. Entiendo además que el Programa REACH de Nexavar me puede solicitar documentación a mí, a mi empleador, a mi prestador de atención de salud o a mi compañía de seguro de salud para verificar mi información financiera o de seguro. Entiendo que cualquier asistencia al paciente que me sea proporcionada por Bayer y Onyx a través del Programa REACH de Nexavar depende de mi capacidad de satisfacer los criterios de admisión para el programa y que el Programa REACH de Nexavar se reserva el derecho de hacer una determinación independiente de mi necesidad financiera y médica. También entiendo que Bayer y Onyx se reservan el derecho de, en cualquier momento y sin previo aviso, modificar o suspender el Programa REACH de Nexavar y cualquier asistencia proporcionada con respecto a cualquier paciente (incluyéndome), o de modificar o suspender el programa en su totalidad. Autorizo al Programa REACH de Nexavar a usar y obtener información médica, financiera o del proveedor de mi médico prescriptor, compañía de seguros, farmacia especializada y otras fuentes según se considere necesario para asegurar la exactitud y el carácter integral de este formulario de inscripción, para prestarme servicios y por lo demás administrar el Programa REACH de Nexavar. Entiendo que el Programa REACH de Nexavar usará y hará conocer mi información para ayudarme respecto a mis preguntas sobre reembolsos, para verificar si califico para la asistencia a pacientes, o para derivarme o determinar mi elegibilidad para otros programas, fundaciones o fuentes alternativas de financiamiento o cobertura para ayudarme con los costos para obtener mi tratamiento con Nexavar. Entiendo que la información que yo proporciono puede volver a ser divulgada, en cuyo caso puede dejar de estar protegida por las reglas de privacidad federales. Declaro que soy un residente legal de los Estados Unidos. Autorizo a mis prestadores de atención de salud, compañías de seguros y farmacias especializadas a usar y revelar a Bayer, Onyx, al Programa REACH de Nexavar y a sus agentes y cesionarios autorizados, todos los registros médicos e información financiera con respecto a mi tratamiento, mi elegibilidad para la asistencia, la coordinación de mi tratamiento de Nexavar (y la recepción de mi medicamento), y mi participación en el Programa REACH de Nexavar al efecto de prestarme servicios y de otro modo administrar el programa. Entiendo que mis prestadores de atención de salud y compañía de seguros no condicionarán mi tratamiento médico, el pago del tratamiento, la inscripción en seguros o la elegibilidad para beneficios de seguros a mi firma de esta autorización. Entiendo, sin embargo, que si no firmo esta autorización, yo no seré elegible para recibir asistencia mediante el Programa REACH de Nexavar. Esta autorización expirará al cumplirse un año a partir de la fecha al pie de mi firma, a menos que sea revocada por mi previo aviso por escrito. Entiendo que mi revocación no afectará ninguna medida tomada antes de ser recibida por el programa REACH. Tengo derecho a una copia de esta autorización.

Firma del paciente/tutor legal o representante*: _____
*debe proporcionarse una descripción de la autoridad de tal tutor o representante para actuar en nombre del paciente.
Fecha: _____

Además de usar mi información para el Programa REACH de Nexavar, autorizo a Bayer, a Onyx y al Programa REACH de Nexavar a usar y dar a conocer mi información para enviarme información o material relacionado con Nexavar (u otros productos o servicios relacionados que pudieran interesarme), a contactarme de vez en cuando para obtener información sobre mi experiencia (para finalidades de investigación de mercado) con Nexavar o el Programa REACH de Nexavar, para el funcionamiento (y mejorar la calidad) del Programa REACH de Nexavar, o de otro modo según sea requerido o permitido por la ley. Si usted no desea [recibir información relacionada con Nexavar (o cualquier producto o servicio relacionado) o] ser contactado de vez en cuando para finalidades de investigación de mercado, puede llamar al número gratuito del Programa REACH de Nexavar 1-866-NEXAVAR (1-866-639-2827) en cualquier momento.

NO deseo recibir información adicional relacionada con Nexavar.