

Nexavar REACH Program
PO Box 220765
Charlotte, NC 28222-0765
Teléfono: **1.866.NEXAVAR (1.866.639.2827)**
Fax: **1.866.639.5181**

Formulario de inscripción

Llene cada sección de la mejor manera posible y devuelva este formulario de inscripción confidencial a REACH. Si un punto no corresponde, escriba "N/C" en esa línea.

Información del médico

Nombre del médico: _____
Nombre del centro/institución: _____
Calle: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Contacto en la oficina: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Mejor hora para llamar: _____
Correo electrónico de contacto en la oficina: _____
No. de licencia estatal: _____
No. de contribuyente: _____
No. de identificador nacional (NPI): _____

Información para el suministro de medicamentos en el consultorio del médico*
(*Complete esta sección sólo si el médico suministra medicinas en el consultorio)
No. del proveedor pagador específico (Asegurador primario): _____
No. del proveedor pagador específico (Asegurador secundario): _____
No. de contribuyente: _____

Información sobre el diagnóstico del paciente

Diagnóstico del paciente/Código ICD-9: _____

Receta

Sólo verificación de beneficios
Una vez que se confirme la cobertura del seguro (o la aprobación del paciente para recibir asistencia a través del Programa REACH Nexavar), el medicamento se enviará a través de una farmacia de especialidad proveedora a la dirección de la residencia del paciente (mencionada arriba a la derecha) a menos que el médico indique lo contrario: _____
Nombre del paciente: _____
Nombre del producto: Comprimidos de NEXAVAR de 200 mg
Suministrado como: 120 comprimidos por frasco
Dosis: _____ Etiqueta: _____
Cantidad: _____
Renovaciones: _____ No. DEA: _____ Fecha: _____

Declaración del médico

Por la presente ratifico que a mi leal saber y entender, la información médica y del paciente contenida en este formulario de inscripción es completa y exacta, y he recetado Nexavar basándome en mi criterio profesional de necesidad médica. Autorizo a las compañías Bayer y Onyx, a sus afiliadas o subcontratistas para que envíen esta receta a una farmacia de suministro en mi nombre y en el de mi paciente.

Nombro al Programa REACH Nexavar únicamente para que en mi nombre envíe a la farmacia que he seleccionado o que ha seleccionado el paciente mencionado anteriormente, la receta aquí descrita.

Autorizo al Programa REACH Nexavar para que realice una evaluación preliminar de verificación de seguro para el paciente mencionado anteriormente, y además autorizo y solicito que el Programa REACH Nexavar me proporcione toda la información necesaria para incluirla en una Carta de necesidad médica que podría ser exigida como resultado de la evaluación de verificación del seguro.

Firma del médico: _____
Fecha: _____

Información del paciente

Nombre del paciente: _____
Calle: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Fecha de nacimiento: _____ NSS: _____
Teléfono diurno: _____
Teléfono nocturno: _____ Mejor hora para llamar: _____
Teléfono celular: _____
Correo electrónico: _____
Lengua materna del paciente: _____
Nombre del contacto alternativo: _____
Teléfono del contacto alternativo: _____

Información sobre el seguro del paciente

Asegurador primario: _____
Teléfono: _____
No. de ID de la póliza: _____ Número de grupo: _____
Nombre del subscriptor/Fecha de nacimiento: _____
¿Cubre este plan medicamentos con receta? SÍ NO
Asegurador secundario: _____
Teléfono: _____
No. de ID de la póliza: _____ Número de grupo: _____
Nombre del subscriptor/Fecha de nacimiento: _____
¿Cubre este plan medicamentos con receta? SÍ NO

Información financiera del paciente*

Ingreso anual real al hogar: \$ _____
Número de miembros en el hogar dependientes del ingreso establecido anteriormente (inclusive el solicitante): _____
Fuente del ingreso:
 Trabajo Familia Asistencia pública SSI/SSDI (Ingreso de seguro complementario/Seguro de discapacidad del seguro social)
 Otra (explique): _____
***Se exigirá la documentación sobre el ingreso para evaluar la aceptabilidad en el Programa de asistencia para el paciente (es decir, devolución tributaria 1040, SSA-1099, Formulario W-2, etc).**

Es posible que un enfermero consejero de **NexConnect** le llame para analizar las preguntas o inquietudes del paciente:
Nombre _____ No. telef. (____) ____ - ____
Título (por ejemplo, Enfermera registrada, Lic. en ciencias, Lic. en enfermería, Asistente personal)

Autorización del paciente para participar en los programas REACH Nexavar y NexConnect

REACH es un programa de asistencia que provee reintegro de dinero para ayudarle a que tenga acceso a su tratamiento con Nexavar. **NexConnect** proporciona apoyo al paciente a través de materiales informativos relacionados con el producto. Entiendo que el Programa REACH podría solicitar documentación de mi persona, mi empleador, mi proveedor de atención médica, o de mi compañía de seguros para comprobar mi información financiera o de seguro. Toda asistencia proporcionada al paciente a través de REACH está condicionada al cumplimiento con los criterios de aceptabilidad, y REACH se reserva el derecho de realizar una determinación independiente de mis necesidades médicas y financieras. Bayer y Onyx se reservan el derecho de que en cualquier momento, y sin previo aviso, modifiquen o suspendan el Programa REACH y toda asistencia que me proporcionen, y de modificar o suspender completamente el programa.
Autorizo al Programa REACH para que use y obtenga información médica, financiera o de mi proveedor médico, compañía de seguros, farmacia de especialidad, y de otros recursos que considere necesarios con el fin de asegurar la exactitud e integridad de este formulario de inscripción, para que me proporcionen servicios y para que además administren el programa. Entiendo que el Programa REACH usará y proporcionará mi información para ayudar con las preguntas sobre mi reintegro de dinero, para determinar si califico para recibir asistencia, o para proporcionarme referencias o determinar mi aceptabilidad en otros programas, fundaciones, o recursos alternativos de fondos o cobertura para ayudarme con el costo de mi tratamiento con Nexavar. La información que proporcione podría estar sujeta a otras divulgaciones, en cuyo caso es posible que ya no goce de protección conforme a las normas federales de privacidad. Mis proveedores de atención médica y la compañía de seguros no pondrán condición para mi tratamiento médico o su pago, inscripción en el seguro, o elegibilidad para recibir beneficios de seguro al firmar este formulario.
Autorizo a mis proveedores de atención médica, compañías de seguros y farmacias de especialidad para que usen y divulguen a Bayer, Onyx, al Programa REACH, y a sus agentes autorizados y designados, toda la información de los expedientes médicos y financiera con respecto a mi tratamiento, aceptabilidad para recibir asistencia, la coordinación de mi tratamiento con Nexavar, recepción del medicamento, y mi participación en el Programa REACH, con el fin de que se me proporcionen servicios y para que además administren el programa.
Autorizo al Programa REACH para que divulgue la información proporcionada en este formulario y al Programa **NexConnect** para la provisión de educación, capacitación, y apoyo continuo sobre el uso de Nexavar. Es posible que el proveedor del Programa **NexConnect** reciba compensación de Bayer por proporcionar dichos servicios. Autorizo a Bayer, Onyx, y a los Programas REACH Nexavar y **NexConnect** para que usen y proporcionen mi información, me envíen información o materiales relacionados con Nexavar, u otros productos o servicios relacionados en los cuales podría estar interesado, y que me contacten ocasionalmente para informarme de los propósitos de investigación de mercado sobre Nexavar o el Programa REACH con el fin de operar y mejorar la calidad del programa, o de otra manera tal como lo exige o permite la ley.
Reconozco que soy residente legal en los Estados Unidos y ratifico que la información proporcionada en este formulario de inscripción es real, completa y exacta.
Firma: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____
Paciente/Tutor o Representante legal*

*Debe proporcionarse la descripción de la autoridad de dicho tutor o representante para actuar en nombre del paciente. Esta autorización vence en el término de un año a partir de la fecha de la firma estampada arriba; a menos que sea revocada por escrito, lo cual no afectará ninguna decisión anterior a la fecha de recepción por el Programa REACH. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.
Si no firma este formulario, no será candidato a ser aceptado para recibir asistencia a través del Programa REACH.
 NO DESEO recibir información adicional relacionada con Nexavar.
Si no desea recibir información relacionada con Nexavar, cualquier producto o servicios relacionados, o que se le contacte con fines de investigación de mercado, puede llamar al número gratuito del Programa REACH Nexavar:
1-866-NEXAVAR (1-866-639-2827) en cualquier momento.