

FORMULARIO DE SOLICITUD DEL ESTABLECIMIENTO

Instrucciones: para comenzar el proceso de inscripción del establecimiento en The Safety Net Foundation, este formulario debe ser completado por un contacto del mismo. Para que un establecimiento pueda participar en el programa de reemplazo de productos debe inscribirse en The Safety Net Foundation. Cada establecimiento debe presentar este formulario una sola vez.

Información postal del establecimiento *(dirección a la que desea que se le envíen las comunicaciones escritas)*

Nombre del establecimiento: _____

Dirección 1: _____

Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Indique el tipo de establecimiento:

_____ Farmacia de la comunidad _____ Centro de diálisis independiente _____ Hospital
_____ Centro de diálisis del hospital _____ Farmacia del hospital _____ Establecimiento de infusiones
_____ Oficina del proveedor _____ Farmacia de especialidades

N.º de HIN del establecimiento: _____ N.º de DEA: _____ N.º de AHA: _____ N.º de NPI: _____

Nota: The Safety Net Foundation no puede proveer asistencia para uso en hospitalización.

Información de contacto postal del establecimiento

Primer nombre del contacto: _____ Apellido del contacto: _____

Cargo: _____

N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Método preferido del establecimiento (principal) para la comunicación escrita; marque sólo uno: Correo electrónico Fax Correo

Método preferido del establecimiento (secundario) para la comunicación escrita; marque sólo uno: Correo electrónico Fax Correo

Información de envío del establecimiento *(dirección a la que desea que se le envíen los productos)*

Marque aquí si la información sobre la dirección para el envío de los productos es la misma que la información postal

Nombre del establecimiento: _____

Dirección 1: _____

(No se aceptan casillas de correo)

Dirección 2: _____

(No se aceptan casillas de correo)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información de contacto para el envío al establecimiento

Marque aquí si la información sobre el contacto para el envío es la misma que la información postal.

Primer nombre del contacto de envío: _____ Apellido del contacto de envío: _____

Cargo: _____

N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____

Visítenos en www.safetynetfoundation.com para acceder a la información del programa, formularios y para presentar pedidos en línea.

Nombre del establecimiento: _____

Información del administrador tercerizado

Si su establecimiento utiliza un administrador tercerizado (TPA, *third party administrator*) para facilitar el procesamiento de los programas de asistencia para el paciente, complete la siguiente información:

Envíe las comunicaciones al TPA además de remitirlas al establecimiento

Nombre de la empresa: _____

Primer nombre del contacto: _____ Apellido del contacto: _____

Cargo: _____

Dirección 1: _____

Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono : _____ N.º de fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Método preferido del TPA (principal) para la comunicación escrita; marque sólo uno: Correo electrónico Fax Correo

Método preferido del TPA (secundario) para la comunicación escrita; marque sólo uno: Correo electrónico Fax Correo

Información del director de la farmacia

Si su establecimiento tiene un director de farmacia, indique su nombre (se requiere para establecimientos que emplean administradores tercerizados):

Nombre del director de la farmacia: _____ Apellido del director de la farmacia: _____

Cargo: _____

Dirección 1: _____

Dirección 2: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono : _____ N.º de fax: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Método preferido del director de la farmacia (principal) para la comunicación escrita; marque sólo uno: Correo electrónico Fax Correo

Método preferido del director de la farmacia (secundario) para la comunicación escrita; marque sólo uno: Correo electrónico Fax Correo

Sólo para uso interno

Número de cliente de The Safety Net Foundation: _____

Visítenos en www.safetynetfoundation.com para acceder a la información del programa, formularios y para presentar pedidos en línea.

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

Nombre del establecimiento: _____

Al presentar esta solicitud, estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Proporcionaré productos de Amgen para los pacientes de un modo médicamente apropiado, basándome en la orden o receta de un médico.
- Tengo entendido que The Safety Net Foundation se reserva el derecho de cambiar o finalizar este programa en cualquier momento o de rehusarse a distribuir los productos de Amgen, según este programa a cualquier paciente o establecimiento.
- Tengo entendido que el producto se provee para reemplazos. A los proveedores participantes se les exige guardar en reserva el producto y solicitar el producto de reemplazo por medio de The Safety Net Foundation.
- Tengo entendido que puede requerirse una verificación del seguro a fin de determinar la admisibilidad de un paciente para The Safety Net Foundation.
- Tengo entendido que el producto recibido por medio de The Safety Net Foundation es para pacientes con necesidades médicas que viven en los Estados Unidos y sus territorios.
- Certifico que no cobraré, ni enviaré a cobrar, a ningún tercero o paciente por los productos de Amgen cuyo reemplazo se requiera en virtud de The Safety Net Foundation. Asimismo certifico que todos los productos recibidos con relación a The Safety Net Foundation reemplazarán cualquier producto de esta índole; se distribuirán sin cargo para el tratamiento de los pacientes que lo necesiten y que cumplan con los criterios de The Safety Net Foundation y que ninguna parte de ninguno de los cargos por los productos Amgen reemplazados en virtud de The Safety Net Foundation se reclamará como deuda incobrable.
- Tengo entendido que The Safety Net Foundation está disponible para uso ambulatorio exclusivamente. Certifico que no se solicitará ningún reemplazo para un producto administrado a pacientes hospitalizados.
- Declaro que a mi leal saber y entender la información contenida en todas las solicitudes de los pacientes en virtud de mi establecimiento, incluido el formulario de solicitud del paciente, estarán completas y serán precisas. Esta declaración no requiere mi investigación independiente de la información. Si tomo conocimiento de algún cambio en las circunstancias del paciente que afecten la admisibilidad para The Safety Net Foundation, convengo en notificar a esta última de inmediato.
- Acepto comunicar o poner a disposición de un representante autorizado de The Safety Net Foundation los registros médicos y financieros para los pacientes de The Safety Net Foundation que hayan otorgado su consentimiento para tal divulgación, con el único fin de verificar la admisibilidad de los pacientes para The Safety Net Foundation. Admito que no proveeré información del paciente sin obtener el apropiado consentimiento de cada paciente antes de comunicar a The Safety Net Foundation o poner a su disposición tales registros o información.
- Asimismo certifico que estoy autorizado para actuar por la institución por la que firmo.

Firma del representante autorizado del establecimiento: _____ Fecha: _____

Cargo: _____

Enviar los formularios completos a:

The Safety Net Foundation
PO BOX 13185
La Jolla, CA 92039-3185
Teléfono: 888/SN-AMGEN (888/762-6436) Fax: 866/549-7239

Visítenos en www.safetynetfoundation.com para acceder a la información del programa, formularios y para presentar pedidos en línea.