



Formulario de inscripción de Celgene Patient Support®

Teléfono: 1-800-931-8691

Sitio web: www.celgenepatientsupport.com

Fax: 1-800-822-2496

Correo electrónico: patientsupport@celgene.com

Inscripción en línea disponible en www.celgenepatientsupport.com

MARQUE TODOS LOS SERVICIOS QUE ESTÁ SOLICITANDO

Servicios relacionados con el seguro

- Investigación de beneficios
- Ayuda con autorizaciones previas/precertificaciones
- Ayuda con apelaciones
- Fast Track for First Prescription®

Asistencia financiera

- Programa de copago comercial de Celgene
- Información sobre organizaciones de terceros independientes que pueden ayudar con los copagos
- Programa de asistencia al paciente (PAP) de Celgene

INFORMACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____ Fármaco y dosis _____
 Diagnóstico/ICD-10-CM _____ Fecha de inicio _____
 Cantidad de terapias anteriores para este diagnóstico _____ En combinación con (si corresponde) _____
 Nombres de terapias anteriores _____

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL DEL CUIDADO DE LA SALUD/DE LA CLÍNICA

Nombre del médico	Nro. de la DEA	Nro. de identificación tributaria
Nombre de la clínica	Nro. de NPI	Nro. de PTAN
Dirección	Nombre/Título del contacto	
Ciudad/Estado/Código postal	Correo electrónico	
Nro. de Proveedor de Medicaid	Teléfono	Fax

INFORMACIÓN DE SEGURO DEL PACIENTE

Si el paciente tiene seguro, marque todo lo que corresponda: Seguro comercial/privado

Medicare: Parte A Parte B Parte D Advantage

Medicaid: Participante activo Cobertura solicitada/pendiente Denegado (Proporcione una copia de la carta de denegación de Medicaid)

Nunca lo solicitó No lo sé

Compañía de seguro médico		Nombre del plan de medicamentos con receta		Otro
Nombre del asegurado (titular)		Nombre del asegurado (titular)		<input type="checkbox"/> Secundario/Complementario
Nro. de póliza	Nro. de grupo	Nro. de póliza	Nro. de grupo	<input type="checkbox"/> Beneficios del Departamento de Asuntos de Veteranos
Nro. de teléfono del plan		Nro. de teléfono del plan		<input type="checkbox"/> Programa de asistencia farmacéutica estatal
Nro. de identificación del miembro		Nro. de BIN		Nombre de la póliza
<input type="checkbox"/> Plan del Mercado de Seguros Médicos		Nro. de PCN		Número de teléfono de la póliza
				Nro. de póliza

Copie el frente y el dorso de las tarjetas del seguro médico y el plan de medicamentos con receta e inclúyalos en el fax o el correo electrónico.

Por el presente documento represento, pacto y certifico lo siguiente: (a) he obtenido de mi paciente su consentimiento y la autorización requerida para divulgar a Celgene Patient Support® y a sus representantes y agentes toda la información del paciente necesaria para esta solicitud, incluida, sin limitación, la información financiera y médica de éste; (b) entiendo que esta información es para uso exclusivo de Celgene Patient Support® y sus representantes y agentes, a fin de que evalúen la elegibilidad del paciente para participar en el programa Celgene Patient Support®; (c) no he recibido, ni tampoco pediré ni aceptaré ningún reembolso de ningún pagador federal, estatal o privado por cualquier fármaco que se suministre para mi paciente en el Programa de asistencia al paciente (PAP) de Celgene; (d) no he recibido, ni tampoco pediré ni aceptaré ningún pago de mi paciente por cualquier monto de coseguro que pague el Programa de copago comercial de Celgene por un producto de Celgene; (e) entiendo que si el seguro o el estado financiero de mi paciente se modifican, es posible que el paciente ya no sea elegible para este programa. Notificaré a Celgene Patient Support® si me entero de dichos cambios; (f) entiendo que no tengo obligación de recetar ningún fármaco de Celgene y no he recibido ni recibiré ningún beneficio de Celgene por recetar un fármaco de Celgene; (g) a mi leal saber y entender, la información incluida en este formulario está completa y es exacta; y (h) notificaré a Celgene Patient Support® sobre cualquier error en lo anterior y haré todo lo posible por corregir dicho error.

Entregue una copia de esta solicitud a su paciente para sus registros.

FIRMA DEL PROFESIONAL DEL CUIDADO DE LA SALUD _____ FECHA _____

Envíelo por fax al 1-800-822-2496, por correo electrónico a patientsupport@celgene.com, o inscribese en línea en www.celgenepatientsupport.com



Formulario de inscripción de Celgene Patient Support®

Teléfono: 1-800-931-8691

Sitio web: www.celgenepatientsupport.com

Fax: 1-800-822-2496

Correo electrónico: patientsupport@celgene.com

Inscripción en línea disponible en www.celgenepatientsupport.com

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____

Teléfono particular _____

Dirección _____

Teléfono celular _____

Ciudad _____

Correo electrónico _____

Estado _____

Sexo: Femenino Masculino

Código postal _____

Fecha de nacimiento _____

¿Reside de forma permanente en los EE. UU. o en algún territorio de los EE. UU.? Sí No

Nro. de Seguro Social _____

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR (Si corresponde)

Nombre del cuidador _____

Correo electrónico del cuidador _____

Nro. de teléfono del cuidador _____

Relación con el paciente _____

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE (Obligatoria para obtener asistencia financiera)

Los pacientes podrían quedar sujetos a una auditoría al azar para verificar el ingreso familiar bruto anual. El ingreso debe reflejar el monto correspondiente a todo el hogar.

Cantidad de personas que viven en el hogar y que contribuyen o que son dependientes en el ingreso de su hogar: _____

Ingreso familiar bruto* anual (Se requiere un valor numérico): \$ _____ Anual Mensual

*El ingreso familiar bruto es el ingreso total de todas las personas que viven en la casa antes de la deducción de impuestos. El ingreso bruto se refiere no solo a los salarios y beneficios recibidos, sino también a los ingresos provenientes de cualquier negocio personal, inversiones, dividendos y otros ingresos.

Marque todo lo que corresponda:

Salario/sueldo

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)

Pensión

Ingresos del Seguro Social por incapacidad (SSDI, por sus siglas en inglés)

Beneficios por desempleo/Compensación de trabajadores

Fecha de inicio del SSDI: _____

Pensión alimenticia

Ingresos por dividendos

Ingresos por alquiler de propiedad

Celgene Patient Support® ofrece:

- Un solo Especialista asignado para ayudar a los pacientes en su área geográfica
- Ayuda para comprender la cobertura del seguro de los pacientes para los medicamentos de Celgene
- Información sobre asistencia financiera para medicamentos recetados de Celgene



Llámenos al

1-800-931-8691,

de lunes a jueves, de 8 AM a 7 PM,

hora del Este, y los viernes

de 8 AM a 6 PM, hora del Este

(servicios de traducción disponibles)



Inscríbese en línea, en

www.celgenepatientsupport.com



Envíenos un correo electrónico a

patientsupport@celgene.com

o un fax al 1-800-822-2496

