



Formulario de inscripción de Celgene Patient Support®

Teléfono: 1-800-931-8691
Fax: 1-800-822-2496

Sitio web: www.celgenepatientsupport.com
Correo electrónico: patientsupport@celgene.com

*Indica un campo obligatorio.

SERVICIOS OFRECIDOS

Servicios relacionados con el seguro:

- Investigación de beneficios
- Autorización previa/precertificación
- Ayuda con las 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

FAST TRACK for FIRST PRESCRIPTION®

Fast Track for First Prescription® es el programa exclusivo de iniciación rápida diseñado para acelerar el acceso del paciente a su primera receta de un medicamento por vía oral de Celgene. Para ser elegibles, los pacientes deben recibir su primera receta para una indicación aprobada de un producto por vía oral de Celgene, deben tener un comprobante documentado del seguro y deben estar inscritos en un programa de estrategia de evaluación y mitigación de riesgos (REMS, por sus siglas en inglés) de Celgene, si corresponde.

Fast Track for First Prescription®: Sí No Número de autorización del paciente en el programa REMS de Celgene _____

Celgene Patient Support® puede, a su entera discreción, inhabilitar la participación de un paciente en el programa Fast Track si el paciente o la receta no cumplen con los criterios de Fast Track, o el consultorio del médico o el paciente no siguen el proceso del programa, no pueden ser contactados por Celgene Patient Support® o la farmacia especializada o no están disponibles para aceptar la entrega del producto. Su Especialista informará al consultorio del médico acerca de cualquier paciente que pierda la elegibilidad.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

*Primer nombre _____ Segundo nombre _____ *Apellido _____
 *Dirección 1 _____ *Número de teléfono _____ Personal Celular Laboral
 Dirección 2 _____ *Género _____ *Fecha de nacimiento _____
 *Ciudad _____ Número del Seguro Social _____
 *Estado _____ *Código postal _____ Estado civil _____
 *Correo electrónico _____ **¿El paciente reside permanentemente en los EE. UU. o un territorio de los EE. UU.? Sí No

INFORMACIÓN SOBRE EL MEDICAMENTO

*Medicamento _____ Fecha de inicio _____ Dosis _____
 *Diagnóstico/ICD-10-CM _____ Cantidad de terapias anteriores para este diagnóstico _____
 En combinación con (si corresponde) _____
 Nombre(s) de la(s) terapia(s) anterior(es) _____

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

Nombre _____ Apellido _____ Número de teléfono _____
 Correo electrónico _____ Relación con el paciente _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

*¿El paciente tiene alguno de los siguientes seguros? (marcar todas las opciones que correspondan)

- Parte A de Medicare (cobertura hospitalaria) Parte B de Medicare (cobertura médica) Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados)
 Medicare Advantage ID de Medicare _____ Medicaid Administración de Veteranos o Militar Seguro comercial/privado
 Programa de asistencia del estado para medicamentos Ninguno Otro _____

Nombre del seguro:	N.º de teléfono:	N.º de ID del miembro/póliza:	N.º de grupo:	Titular de la póliza:	N.º de PCN:
Seguro primario					
Seguro secundario					
Seguro para medicamentos recetados					
Otro seguro					

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE (OBLIGATORIA PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA)

Criterios de elegibilidad del Programa de asistencia al paciente de Celgene:

- El ingreso anual bruto familiar (antes de impuestos y deducciones) debe ser equivalente o menor al 650% del nivel de pobreza federal vigente.
- Los gastos de bolsillo (OOP, por sus siglas en inglés) del paciente por los medicamentos recetados del año calendario en curso suman un 3% o más del ingreso total bruto familiar.

Cantidad de personas que viven en el hogar y que contribuyen al ingreso del hogar o dependen de dicho ingreso: _____

Ingreso bruto anual familiar* (requiere un valor numérico): \$ _____ Anualmente Mensualmente

*El ingreso bruto familiar es el ingreso total antes de las deducciones del impuesto a la renta de todas las personas que viven en el hogar. 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.

Incluya la siguiente documentación para verificar el ingreso del hogar:

Declaración del impuesto federal a la renta

Por lo menos uno de los siguientes: carta de otorgamiento del Seguro Social del año calendario en curso, carta de desempleo, formularios W-2 o 1099, últimos 3 talones consecutivos del cheque de sueldo y/o estado de cuenta de la pensión



Formulario de inscripción de Celgene Patient Support®

Teléfono: 1-800-931-8691
Fax: 1-800-822-2496

Sitio web: www.celgenepatientsupport.com
Correo electrónico: patientsupport@celgene.com

*Indica un campo obligatorio. Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

*Nombre del prescriptor _____ *Apellido del prescriptor _____ N.º de la DEA _____ N.º de NPI _____

N.º de proveedor de Medicaid _____ N.º de ID fiscal _____ N.º de PTAN _____

*Nombre del establecimiento _____ *Dirección 1 _____

Dirección 2 _____ *Ciudad _____ *Estado _____ *Código postal _____

Nombre y apellido del contacto _____ Correo electrónico del contacto _____

Título del contacto _____

Método de contacto preferido _____ *Número de fax _____ *Número de teléfono _____ Ext. _____

AUTORIZACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Por la presente, declaro, acepto y certifico lo siguiente:

- a) He recetado el medicamento de Celgene usando mi criterio profesional para determinar la necesidad médica y supervisaré el tratamiento médico del paciente.
- b) He obtenido el consentimiento de mi paciente y cualquier autorización requerida para revelar a Celgene Patient Support® y sus representantes/agentes toda la información del paciente necesaria para esta solicitud, que incluye, a modo de ejemplo, la información médica y financiera de mi paciente de acuerdo con las leyes de privacidad correspondientes.
- c) Entiendo que esta información es para el uso exclusivo de Celgene Patient Support® y sus representantes/agentes para evaluar la elegibilidad del paciente para participar en Celgene Patient Support®.
- d) Permito a Celgene y sus representantes/agentes utilizar mi información personal proporcionada en esta autorización, lo que incluye mi NPI/ID fiscal para las verificaciones de beneficios del paciente.
- e) Entiendo que si el seguro o la situación financiera de mi paciente cambian, el paciente podría dejar de ser elegible para participar en este programa. Notificaré a Celgene Patient Support® si tengo conocimiento de algún cambio de este tipo.
- f) Entiendo que no tengo ninguna obligación de recetar ningún medicamento de Celgene y que no he recibido ni recibiré ningún beneficio de Celgene por recetar un medicamento de Celgene.
- g) Certifico que la información que se incluye en este formulario es completa y precisa a mi leal saber y entender.
- h) Notificaré a Celgene Patient Support® sobre cualquier error relacionado con lo antedicho y haré todo lo posible para corregir dichos errores.
- i) Autorizo a Celgene Patient Support® a enviar la receta por fax u otros modos de entrega a la farmacia elegida por el paciente nombrado más arriba.

Para el Programa de asistencia al paciente (PAP) de Celgene, certifico que:

- No he recibido ni solicitaré ni aceptaré ningún reembolso de ninguna entidad federal, estatal o privada por ningún medicamento provisto para mi paciente por el Programa de asistencia al paciente (PAP) de Celgene.
 - Entiendo que la reclamación del seguro que se presenta en nombre de mi paciente a su proveedor de seguro para el pago de los medicamentos de Celgene podría incluir los medicamentos de Celgene listados por separado de cualquier factura o reclamación para la administración del medicamento o cualquier otro artículo o servicio provistos al paciente según los criterios del proveedor de seguro para su reembolso.
- Entiendo que el medicamento provisto para mi paciente no puede devolverse a cambio de un crédito.

Para el Programa de copago comercial de Celgene, certifico que:

- No he recibido ni solicitaré ni aceptaré ningún pago de mi paciente por el monto del coseguro pagado por el Programa de copago comercial de Celgene por un producto de Celgene.
- Reconozco y acepto los términos y condiciones del programa respectivo. También entiendo que puedo acceder a los términos y condiciones del programa en <http://www.celgenepatientsupport.com>.

Firma del profesional de atención médica _____ Fecha _____

DOCUMENTACIÓN

Por favor, haga una copia del frente y el dorso de las tarjetas del seguro médico y del plan de medicamentos recetados para incluirlas en el fax o correo electrónico, y detalle toda la documentación adicional que proporcionará con este formulario de inscripción.

Receta Documentación de los ingresos Otro _____



Formulario de inscripción de Celgene Patient Support®

Teléfono: 1-800-931-8691

Fax: 1-800-822-2496

Sitio web: www.celgenepatientsupport.com

Correo electrónico: patientsupport@celgene.com

CONSENTIMIENTO Y ACUERDO DEL PACIENTE

1. **¿Qué información se usará y se revelará?** Se revelará mi información personal, que incluye:

- Información de este formulario de solicitud
- Mi información de contacto y fecha de nacimiento
- Número del Seguro Social (que es voluntario)
- Información financiera y sobre el ingreso
- Información sobre los beneficios del seguro
- Registros e información vinculados con la salud, incluidos los medicamentos que me recetaron

2. **¿Quién revelará, recibirá y usará la información?** Este consentimiento permite que mis cuidadores (que incluye a mis proveedores de atención médica, farmacéuticos, planes de salud y aseguradores de la salud que me prestan servicios, así como otras personas que yo indique que pueden ayudarme a solicitar servicios) revelen mi información personal a Celgene y a sus agentes y asignatarios (“Administradores”) autorizados. Celgene y sus Administradores también podrán compartir mi información con mis cuidadores y con otros proveedores de atención médica, farmacéuticos y aseguradores de la salud para determinar si soy elegible para, o estoy inscrito en, otro plan o programa.

3. **¿Cuál es el propósito del uso y la revelación?** Mi información personal será usada por y compartida con las personas y organizaciones descritas en este consentimiento para poder:

- Brindarme servicios de apoyo para el tratamiento patrocinados por Celgene, que incluyen apoyo en línea, servicios de asistencia financiera, ayuda con los copagos, servicios de reembolso, servicios de enfermeros, y servicios para el cumplimiento y la persistencia, así como cualquier otra información o materiales relacionados con dichos servicios o productos de Celgene, que incluyen comunicaciones promocionales o educativas
- Comunicarse con mis cuidadores y conmigo en relación con el Programa de asistencia al paciente de Celgene y los servicios que están disponibles
- Contactar a otros proveedores de atención médica y determinar si soy elegible para, o estoy inscrito en, otro plan o programa
- Brindarme información sobre productos, servicios y programas ofrecidos o patrocinados por Celgene, incluidos los servicios de apoyo para el tratamiento, o preguntarme sobre mi experiencia u opinión al respecto
- Comunicarse conmigo por correo, correo electrónico, teléfono, fax o de otra manera en relación con mi medicamento recetado, lo cual incluye mensajes relacionados con el cumplimiento con el producto y recordatorios de resurtidos
- Brindarme información o materiales educativos y/o de comercialización relacionados con mi enfermedad, mi medicamento y los servicios del Programa
- Permitir que Celgene analice los patrones de uso y la eficacia de los productos, servicios y programas de Celgene y ayudar a desarrollar nuevos productos, servicios y programas, y para otros fines comerciales y administrativos generales de Celgene
- Mejorar y desarrollar los servicios del Programa
- Utilizar mi información para generar reportes de información de los pagadores

4. **¿Cuándo vencerá este consentimiento?** Este consentimiento tendrá vigencia durante 5 años, a menos que caduque antes por ley o yo lo cancele por escrito. Puedo cancelar este consentimiento escribiendo a:

Celgene Corporation
Attn. Celgene Patient Support
86 Morris Ave.
Summit, NJ 07901

- También puedo cancelar este consentimiento enviando un correo electrónico a patientsupport@celgene.com, o llamando al 1-800-931-8691 para cancelarlo con un especialista por teléfono
- Si cancelo este consentimiento, ya no podré participar en el Programa de asistencia al paciente de Celgene. El Programa de asistencia al paciente de Celgene dejará de usar o revelar mi información para los fines detallados en este consentimiento según sea necesario para cancelar mi participación o según lo requiera o permita la ley. Esta cancelación no invalidará ningún uso o revelación de mi información que la organización haya realizado antes de mi cancelación. Entiendo que podría existir una demora hasta que la cancelación entre en vigor
- Mi tratamiento (incluido el tratamiento con un producto de Celgene), mi inscripción en el seguro y mi elegibilidad para los beneficios del seguro no están condicionados a que firme este Consentimiento

5. Notificaciones

- Una vez que mi información médica se haya revelado a Celgene y sus agentes y asignatarios (“Administradores”) autorizados, entiendo que la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) ya no podrá restringir su uso o revelación, en ciertas instancias. Sin embargo, entiendo que Celgene y sus Administradores autorizados a recibir mi información médica según este consentimiento acuerdan proteger mi información médica al usarla y revelarla solamente para los fines autorizados en este consentimiento o según lo requieran las leyes o reglamentaciones. Entiendo además que puedo negarme a firmar este consentimiento y que el hecho de que me niegue a firmarlo no cambiará mi elegibilidad para recibir los beneficios de mi plan de salud y el tratamiento de mis proveedores de atención médica, pero no tendré acceso al Programa de asistencia al paciente de Celgene. Tengo el derecho a recibir una copia de este consentimiento luego de haberlo firmado.

6. Certificaciones del paciente

- Certifico que la información personal que proporciono al Programa de asistencia al paciente de Celgene es completa y veraz.
- Si cumplo los requisitos y recibo ayuda para mi medicamento del Programa de copago comercial de Celgene:
 - Acepto que en cualquier momento durante mi participación en el Programa de asistencia al paciente de Celgene, el Programa podrá solicitar documentación adicional para verificar mi información personal. Si falta información o si no respondo a pedidos de documentos adicionales, el Programa podrá demorar mi participación o decidir que no puedo seguir participando
 - Acepto que no recibiré ningún reembolso de nadie, incluso de un programa de seguros, ayuda caritativa o ayuda a través de una organización de terceros independientes o de cuentas de ahorros para la salud, para gastos flexibles u otra cuenta de reembolso de gastos de salud



Formulario de inscripción de Celgene Patient Support®

Teléfono: 1-800-931-8691
Fax: 1-800-822-2496

Sitio web: www.celgenepatientsupport.com
Correo electrónico: patientsupport@celgene.com

CONSENTIMIENTO Y ACUERDO DEL PACIENTE (CONTINUACIÓN)

- Entiendo y acepto que los beneficios del Programa no son transferibles y que la oferta no está condicionada a ninguna compra pasada, presente o futura, incluso dosis adicionales
- Acepto no combinar los beneficios del Programa con ningún otro cupón, reembolso, vale, prueba gratuita, tarjeta de efectivo o descuento u oferta similar
- Entiendo y acepto que la aceptación de esta oferta confirma que esta oferta es compatible con mi seguro y que reportaré el valor de la ayuda con los copagos que pueda recibir, según lo requerido por mi proveedor de seguro
- Si cumpla los requisitos y recibo ayuda para mi medicamento del Programa de asistencia al paciente de Celgene:
 - Acepto que no recibiré ningún reembolso de nadie, incluso un programa de seguros, ayuda caritativa o de cuentas de ahorros para la salud, para gastos flexibles u otra cuenta de reembolso de gastos de salud
 - Entiendo que si tengo la Parte D de Medicare, tampoco contaré ningún medicamento gratuito que reciba para calcular mis verdaderos costos de bolsillo (TrOOP, por sus siglas en inglés)
 - Entiendo que la ayuda para mi medicamento es transitoria y que tengo la opción de volver a presentar una solicitud al programa respectivo. Entiendo que es posible que no sea elegible si tengo una cobertura para medicamentos recetados que pagará mi medicamento
- Acepto llamar inmediatamente al Programa de asistencia al paciente de Celgene al 1-800-931-8691 si mi seguro o mi situación financiera cambian de alguna manera (por ej., comienzo a recibir beneficios de un programa federal, estatal o financiado por el gobierno). Entiendo que si mi seguro o mi situación financiera cambian de alguna manera, podría no ser elegible para participar en este programa.
- Entiendo y acepto que Celgene Patient Support podrá contactarme periódicamente por teléfono, correo electrónico u otros métodos para verificar que no haya cambiado mi elegibilidad para participar en el Programa.
- Entiendo que el Programa de asistencia al paciente de Celgene podrá ser cancelado o que podrán cambiar las reglas para la participación en cualquier momento, sin aviso previo.

He leído este consentimiento y acepto sus términos:

Nombre del paciente o representante personal en letra de imprenta _____

Descripción de la autoridad del representante personal _____

Firma del paciente o representante personal _____ Fecha _____

