



Selección de servicios (a ser completado por el proveedor)

Elija todos los servicios que le gustaría usar.

- Investigación de beneficios/autorización anterior/asistencia en apelaciones
- Programa de asistencia de copagos de R-Pharm US

Lea y firme la certificación del proveedor en la siguiente página. Solicitar asistencia de copagos no garantiza aceptación para ingresar al programa.
- Programa de asistencia de pacientes de R-Pharm US

Lea y firme la certificación del proveedor en la siguiente página. Solicitar asistencia de pacientes no garantiza aceptación para ingresar al programa.

Información sobre el tratamiento y el producto (a ser completado por el proveedor)

- IXEMPRA® (ixabepilona) para inyección, 15 mg
- IXEMPRA® (ixabepilona) para inyección, 45 mg

Diagnóstico del paciente: ICD-10 _____ Descripción _____

¿Esto será? Monoterapia En combinación con _____

IXEMPRA proporcionado en: Consultorio médico Hospital Centro ambulatorio

Información del paciente

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Número de seguro social* _____ Sexo: Femenino Masculino

* Brindar el número de seguro social es opcional.

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono del hogar (____) _____ Teléfono celular (____) _____ Dirección de correo electrónico del paciente _____

Información del seguro (marque todas las opciones que corresponden)

- Seguro privado
- Medicare Parte A/B
- Parte D
- Medicare Advantage
- Medicaid
- VA o Militar
- Ninguno

Seguro primario: enumerar a continuación
Nombre del seguro:
Teléfono:
N.º de identificación/póliza:
N.º de grupo:
Nombre del titular de la póliza:
Fecha de nacimiento del titular de la póliza:

Seguro secundario: enumerar a continuación
Nombre del seguro:
Teléfono:
N.º de identificación/póliza:
N.º de grupo:
Nombre del titular de la póliza:
Fecha de nacimiento del titular de la póliza:

Información financiera (complete si elige el programa de asistencia al paciente)

Número de personas en su hogar _____ (incluye su cónyuge y dependientes)

Ingresos totales del hogar: \$ _____ por mes O \$ _____ por año



Autorización y acuerdo del paciente

Lea y firme la autorización y acuerdo del paciente.

Al firmar esta autorización, autorizo a mis planes de salud, médicos y proveedores de farmacias a divulgar mi información personal de salud, incluyendo, entre otras, la información relacionada con mi afección médica, tratamiento, administración de atención y seguro médico, así como toda la información proporcionada en este formulario y cualquier receta ("Información médica protegida"), a Sonexus Health y a sus representantes, agentes y contratistas para los siguientes fines: (1) establecer mi elegibilidad para los beneficios; (2) comunicarse con mis proveedores de atención de la salud y conmigo con respecto a mi atención médica; (3) facilitar la provisión de productos, suministros o servicios por un tercero, incluidas, entre otras, farmacias especializadas; (4) inscribirme en cualquier programa de registro del producto aplicable requerido para mi tratamiento, y (5) contactarme con materiales educativos o de asistencia del tratamiento y solicitudes para participar en programas de pacientes relacionados con el tratamiento.

Entiendo que puedo rehusarme a firmar esta autorización y que mi tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para los beneficios no están condicionados a mi firma de la presente autorización. Entiendo que tengo derecho a obtener una copia de esta autorización. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una carta por correo postal mediante la que solicito dicha cancelación a R-Pharm US Access and Support c/o Sonexus Health, 2730 South Edmonds Lane, Ste 300, Lewisville, TX 75067, pero que esta cancelación no se aplicará a ninguna información ya usada o divulgada en virtud de esta autorización.

FIRMA He leído esta autorización y acepto sus términos:

Nombre del paciente o del representante personal, en letra de imprenta _____

Descripción de los derechos del representante personal _____

Firma del paciente o representante personal _____

Fecha _____

Información del médico

Nombre del médico _____

N.º de licencia del estado _____ N.º de registro nacional del proveedor (National Provider Identifier, NPI) del médico _____

N.º de identificación fiscal del médico _____

Nombre del centro _____ Teléfono (____) _____ Fax (____) _____

Dirección del centro _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del contacto principal _____ Teléfono (____) _____ Fax (____) _____

Dirección de correo electrónico del contacto principal _____ Cargo _____

Certificación del proveedor

Certifico lo siguiente:

(1) A mi leal saber y entender, la información del paciente y el médico contenida en este formulario es completa y exacta. (2) Tengo la facultad para divulgar esta información del paciente y haber obtenido, si así es requerido por la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) u otras leyes o normas de privacidad aplicables, esta autorización de divulgación del paciente. (3) A mi leal saber y entender, este paciente reúne los criterios de elegibilidad y notificaré de inmediato al programa si sé que el seguro o el estado de los ingresos de este paciente se han modificado. (4) He leído y acepto todos los términos y condiciones del programa. (5) A mi leal saber y entender, la participación en este programa no es inconsistente con ningún contrato o acuerdo con ningún tercero pagador al que esta oficina o este centro le enviarán una factura o un reclamo de reembolso por un producto cubierto por R-Pharm US administrado al paciente. (6) Esta oficina/ este centro cumplirán con las obligaciones aplicables, de existir, de divulgación de la participación en este programa a los pagadores correspondientes. (7) La factura o el reclamo que esta oficina/ este centro envíen a la aseguradora o al paciente para su pago por un producto cubierto por R-Pharm US tendrán un producto cubierto por R-Pharm US enumerado por separado de cualquier factura o reclamo de administración de fármacos o cualquier otro artículo o servicio brindados al paciente. (8) No presentaré un reclamo de seguro u otro reclamo de pago a ningún tercero pagador (privado o gubernamental) por el monto de la asistencia que mi paciente recibe en el marco de este programa. (9) Si esta oficina/ este centro reciben el pago directamente del programa para este paciente, la oficina/ el centro no aceptarán el pago del paciente por el monto recibido del programa. Garantizaré que el pago sea devuelto al paciente si ya se han recibido los fondos del paciente por su parte del gasto correspondiente a un producto cubierto por R-Pharm US (menos \$25 por tratamiento) por cualquier fecha de servicio pagado mediante el programa.

Entiendo que:

(1) R-Pharm US se reserva el derecho de verificar toda la información brindada por los proveedores, interrumpir la participación toda vez que se brinde información inadecuada y limitar la inscripción en función de los recursos disponibles. (2) R-Pharm US se reserva el derecho de modificar o finalizar el programa o bien retirar o interrumpir los medicamentos en cualquier momento y sin notificación. (3) R-Pharm US se basa en las certificaciones de este formulario. (4) El programa se reserva el derecho de no brindar asistencia hasta que se reciba una solicitud precisa y completa con una certificación firmada, junto con cualquier otra documentación requerida.

Firme y coloque la fecha a continuación y devuelva por fax a R-Pharm US Access and Support al 1-877-541-7813. Se requiere la firma original del médico. No se aceptan firmas selladas o firmas de personas que no sean el médico de atención de la salud que hace la receta. No podremos procesar la solicitud de asistencia del paciente hasta que recibamos una solicitud completa con su certificación y la firma del paciente y la evidencia de ingresos. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar a R-Pharm US Access and Support al 1-855-991-7277. Estamos disponibles para responder su llamada de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., horario del Este (sin incluir feriados).

Firma original del médico que hace la receta _____

Nombre del médico que hace la receta (en letra de imprenta) _____

Fecha _____