



# 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

<b>Compañía de seguro médico</b>		<b>Nombre del plan de medicamentos con receta</b>		<b>Otro</b>
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  
Fax: 1-800-822-2496

Sitio web: [www.celgenepatientsupport.com](http://www.celgenepatientsupport.com)  
Correo electrónico: [patientsupport@celgene.com](mailto:patientsupport@celgene.com)

Inscripción en línea disponible en [www.celgenepatientsupport.com](http://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
- Pensión
- Beneficios por desempleo/Compensación de trabajadores
- Pensión alimenticia
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)
- Ingresos del Seguro Social por incapacidad (SSDI, por sus siglas en inglés)  
Fecha de inicio del SSDI: \_\_\_\_\_
- 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](http://www.celgenepatientsupport.com)



**Envíenos un correo electrónico a**  
[patientsupport@celgene.com](mailto:patientsupport@celgene.com)  
o un fax al 1-800-822-2496

