

FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN

Nexavar **no** se surtirá a través de una farmacia minorista.
Nexavar puede obtenerse directamente a través de una farmacia de especialidad o a través del Programa REACH.
Use el reverso del formulario para inscribir a su paciente en el Programa REACH.

- Llene el formulario de inscripción, **inclusive escriba la receta en el formulario**. Consulte las instrucciones más abajo.
- Firme el formulario en el espacio provisto bajo “Declaración del médico”.
- Pídale a su paciente que firme el formulario en el espacio provisto bajo “Autorización del paciente”.
- Envíe el formulario por fax al **1.866.639.5181**.

- Esta sección solicita información básica de contacto. Se necesita el número de licencia estatal del médico para el envío del producto.
- Para los médicos que suministran el medicamento en el consultorio, proporcione la lista de los números de las compañías aseguradoras primaria y secundaria y el número de identificación tributaria. Cuando un consejero del Programa REACH llama a los planes de seguro para verificar los beneficios del paciente para recibir Nexavar, estos números normalmente se solicitan antes de que el plan del seguro divulgue información sobre los beneficios del paciente.
- Indique el diagnóstico del paciente y el código ICD-9 respectivo. Esto le solicita a menudo un plan de seguro cuando verifica los beneficios de un paciente.
- El médico deberá escribir la receta para Nexavar aquí en el formulario de inscripción, y firmar la Declaración del médico. El consejero del Programa REACH enviará la información de la receta a la farmacia de especialidad apropiada para coordinar el envío del producto.

Nexavar REACH Program
PO Box 220765
Charlotte, NC 28222-0765
Teléfono: **1.866.NEXAVAR (1.866.639.2827)**
Fax: **1.866.639.5181**

Formulario de inscripción
Llene cada sección de la mejor manera posible y devuelva este formulario de inscripción confidencial a REACH. Si un punto no corresponde, escriba "N/C" en esa línea.

1 Información del médico
Nombre del médico: _____
Nombre del centro/institución: _____
Calle: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Contacto en la oficina: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Mejor hora para llamar: _____
Correo electrónico de contacto en la oficina: _____
No. de licencia estatal: _____
No. de contribuyente: _____
No. de identificador nacional (NPI): _____

2 Información para el suministro de medicamentos en el consultorio del médico*
(*Complete esta sección sólo si el médico suministra medicinas en el consultorio)
No. del proveedor pagador específico (Asegurador primario): _____
No. del proveedor pagador específico (Asegurador secundario): _____
No. de contribuyente: _____

3 Información sobre el diagnóstico del paciente
Diagnóstico del paciente/Código ICD-9: _____

4 Receta
Una vez que se confirme la cobertura del seguro (o la aprobación del paciente para recibir asistencia a través del Programa REACH Nexavar), el medicamento se enviará a través de una farmacia de especialidad proveedora a la dirección de la residencia del paciente (mencionada arriba a la derecha) a menos que el médico indique lo contrario: _____
Nombre del paciente: _____
Nombre del producto: **Comprimidos de NEXAVAR de 200 mg**
Suministrado como: **120 comprimidos por frasco**
Dosis: _____ Etiqueta: _____
Cantidad: _____
Renovaciones: _____ No. DEA: _____ Fecha: _____

Declaración del médico
Por la presente ratifico que a mi leal saber y entender, la información médica y del paciente contenida en este formulario de inscripción es completa y exacta, y he recetado Nexavar basándose en mi criterio profesional de necesidad médica. Autorizo a las compañías Bayer y Onyx, a sus afiliadas o subcontratistas para que envíen esta receta a una farmacia de suministro en mi nombre y en el de mi paciente.
Nombre al Programa REACH Nexavar únicamente para que en mi nombre envíe a la farmacia que he seleccionado o que ha seleccionado el paciente mencionado anteriormente, la receta aquí descrita.
Autorizo al Programa REACH Nexavar para que realice una evaluación preliminar de verificación de seguro para el paciente mencionado anteriormente, y además autorizo y solicito que el Programa REACH Nexavar me proporcione toda la información necesaria para incluir en una Carta de necesidad médica que podrá ser exigida como resultado de la evaluación de verificación del seguro.
Firma del médico: _____
Fecha: _____

5 Información del paciente
Nombre del paciente: _____
Calle: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Fecha de nacimiento: _____ NSS: _____
Teléfono diurno: _____
Teléfono nocturno: _____ Mejor hora para llamar: _____
Teléfono celular: _____
Correo electrónico: _____
Lengua materna del paciente: _____
Nombre del contacto alternativo: _____
Teléfono del contacto alternativo: _____

6 Información sobre el seguro del paciente
Asegurador primario: _____
Teléfono: _____
No. de ID de la póliza: _____ Número de grupo: _____
Nombre del suscriptor/fecha de nacimiento: _____
¿Cubre este plan medicamentos con receta? Sí No
Asegurador secundario: _____
Teléfono: _____
No. de ID de la póliza: _____ Número de grupo: _____
Nombre del suscriptor/fecha de nacimiento: _____
¿Cubre este plan medicamentos con receta? Sí No

7 Información financiera del paciente*
Ingreso anual real al hogar: \$ _____
Número de miembros en el hogar dependientes del ingreso establecido anteriormente (inclusive el solicitante): _____
Fuente del ingreso: Trabajo Familia Asistencia pública SSI/SSDI (Ingreso de seguro complementario/Seguro de discapacidad del seguro social) Otra (explique): _____
***Se exigirá la documentación sobre el ingreso para evaluar la aceptabilidad en el Programa de asistencia para el paciente (es decir, devolución tributaria 1040, SSA-1099, Formulario W-2, etc).**

8 Es posible que un enfermero consejero de NexConnect le llame para analizar las preguntas o inquietudes del paciente:
Nombre _____ No. telef. (____) _____
Título (por ejemplo, Enfermera registrada, Lic. en ciencias, Lic. en enfermería, Asistente personal) _____

Autorización del paciente para participar en los programas REACH Nexavar y NexConnect
REACH es un programa de asistencia que provee información de apoyo para quienes desean acceder a un tratamiento con Nexavar. NexConnect proporciona apoyo al paciente a través de materiales informativos relacionados con el producto. Entendiendo que el Programa REACH solicita información de mi persona, me comprometo, en presencia de atención médica, a la verificación de mi información de contacto y de seguro. Toda asistencia preparada al paciente a través de REACH está subordinada al cumplimiento con los criterios de elegibilidad y REACH se reserva el derecho de realizar una determinación independiente de mi necesidad médica y financiera. Bayer y Onyx se reservan el derecho de solicitar cualquier información necesaria para determinar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia que me proporcionen, y de modificar o suspender completamente el programa.
Autorizo al Programa REACH para que me entregue información médica, financiera o de mi proveedor médico, compañía de seguro, familia de emergencia, y de otros recursos que considere necesarios con el fin de asegurar la exactitud y elegibilidad de este formulario de inscripción, para que me proporcionen servicios y para que administren el programa.
Entiendo que el Programa REACH usará y proporcionará mi información para ayudar con el programa sobre mi manejo de atención para obtener y acceder al medicamento que necesito, y para proporcionar información de diagnóstico, información de contacto y otros servicios. La información que proporciono podrá estar sujeta a una divulgación, en caso de que la compañía de seguro no pueda cambiar por un tratamiento médico o su pago, inscripción en el seguro, o elegibilidad para recibir beneficios de seguro al firmar este formulario.
Autorizo a mis proveedores de atención médica, compañías de seguros y farmacias de especialidad para que usen y divulguen a Bayer, Onyx, al Programa REACH y a sus agentes autorizados y designados, toda la información de los registros médicos y financieros con respecto a mi tratamiento, susceptibilidad para recibir asistencia, la coordinación de mi tratamiento con Nexavar, recepción del medicamento y mi participación en el Programa REACH, con el fin de que se me proporcionen servicios y para que administren el programa.
Autorizo al Programa REACH, sus afiliadas y socios comerciales de Nexavar. Es posible que el Personal del Programa NexConnect realice una investigación de datos por proporcionar dicha información. Autorizo a Bayer, Onyx, a los programas REACH y NexConnect para que usen y divulguen mi información personal, mi información médica relacionada con Nexavar, y otros productos o servicios relacionados en los cuales podría estar interesado, y que me contacten ocasionalmente para informarme de las oportunidades de investigación de mercado sobre Nexavar y el Programa REACH con el fin de mejorar la calidad del programa, o de otra manera tal como lo exige o permite la ley.
Reconozco que mi respuesta legal en los Estados Unidos y/o fuera que la información proporcionada en este formulario de inscripción es real, completa y exacta.
Firma: _____ Fecha: _____
Paciente/Padre o Representante legal: _____
Este consentimiento es otorgado por la autoridad de dicho tutor o representante para actuar en nombre del paciente. Esta autorización vence en el término de un año a partir de la fecha de la firma otorgada arriba, a menos que sea renovada por escrito. Si el tutor o representante delega autoridad anterior a la fecha de recepción por el Programa REACH, usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.
Si la firma es otorgada por un representante, éste será candidato a ser aceptado para recibir asistencia a través del Programa REACH.
 NO DESEO recibir información relacionada con Nexavar, cualquier producto o servicio relacionado, o que se le contacte con fines de investigación de mercado, desde el momento de mi inscripción gratuita del Programa REACH Nexavar.
© 2010 NEXAVAR (1-866-639-2827) en cualquier momento. 6/10

- Es necesario proporcionar la información de contacto completa del paciente.
- La información de la compañía de seguros primaria y secundaria, y si la aseguradora cubre medicamentos con receta son necesarios con el fin de determinar la cobertura para Nexavar.
- Esta sección debe llenarse para determinar si los pacientes son elegibles para recibir cualquier asistencia financiera. Se exigirá prueba del ingreso para evaluar la aceptabilidad en el Programa REACH de asistencia al paciente.
- Proporcionar la información de contacto a una enfermera u otro proveedor de atención médica, quien podría llamar a un Enfermero consejero de NexConnect para analizar las inquietudes relacionadas con el paciente.
- Los pacientes deben leer esta sección y **firmar aquí** para completar la inscripción en el programa de asistencia de reembolso REACH y NexConnect, un programa de apoyo que proporciona asesoramiento y orientación para ayudar a los pacientes mientras están en tratamiento con Nexavar.

Para obtener formularios adicionales llame a la línea de acceso directo de REACH o visite www.NEXAVAR.com

NexConnect es un programa de apoyo gratuito que proporciona:

- Material educativo sobre el tratamiento con Nexavar
- Llamadas periódicas de contacto por parte de consejeros enfermeros con experiencia
- Línea telefónica de asistencia las 24 horas del día los 7 días de la semana

Hay apoyo esencial disponible en REACH® **1.866.NEXAVAR (1.866.639.2827)**

Nexavar REACH Program
PO Box 220765
Charlotte, NC 28222-0765
Teléfono: **1.866.NEXAVAR (1.866.639.2827)**
Fax: **1.866.639.5181**

Formulario de inscripción

Llene cada sección de la mejor manera posible y devuelva este formulario de inscripción confidencial a REACH. Si un punto no corresponde, escriba "N/C" en esa línea.

Información del médico

Nombre del médico: _____
Nombre del centro/institución: _____
Calle: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Contacto en la oficina: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Mejor hora para llamar: _____
Correo electrónico de contacto en la oficina: _____
No. de licencia estatal: _____
No. de contribuyente: _____
No. de identificador nacional (NPI): _____

Información para el suministro de medicamentos en el consultorio del médico*

(*Complete esta sección sólo si el médico suministra medicinas en el consultorio)

No. del proveedor pagador específico (Asegurador primario): _____
No. del proveedor pagador específico (Asegurador secundario): _____
No. de contribuyente: _____

Información sobre el diagnóstico del paciente

Diagnóstico del paciente/Código ICD-9: _____

Receta

Sólo verificación de beneficios
Una vez que se confirme la cobertura del seguro (o la aprobación del paciente para recibir asistencia a través del Programa REACH Nexavar), el medicamento se enviará a través de una farmacia de especialidad proveedora a la dirección de la residencia del paciente (mencionada arriba a la derecha) a menos que el médico indique lo contrario: _____
Nombre del paciente: _____
Nombre del producto: Comprimidos de NEXAVAR de 200 mg
Suministrado como: 120 comprimidos por frasco
Dosis: _____ Etiqueta: _____
Cantidad: _____
Renovaciones: _____ No. DEA: _____ Fecha: _____

Declaración del médico

Por la presente ratifico que a mi leal saber y entender, la información médica y del paciente contenida en este formulario de inscripción es completa y exacta, y he recetado Nexavar basándome en mi criterio profesional de necesidad médica. Autorizo a las compañías Bayer y Onyx, a sus afiliadas o subcontratistas para que envíen esta receta a una farmacia de suministro en mi nombre y en el de mi paciente.

Nombro al Programa REACH Nexavar únicamente para que en mi nombre envíe a la farmacia que he seleccionado o que ha seleccionado el paciente mencionado anteriormente, la receta aquí descrita.

Autorizo al Programa REACH Nexavar para que realice una evaluación preliminar de verificación de seguro para el paciente mencionado anteriormente, y además autorizo y solicito que el Programa REACH Nexavar me proporcione toda la información necesaria para incluirla en una Carta de necesidad médica que podría ser exigida como resultado de la evaluación de verificación del seguro.

Firma del médico: _____
Fecha: _____

Información del paciente

Nombre del paciente: _____
Calle: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Fecha de nacimiento: _____ NSS: _____
Teléfono diurno: _____
Teléfono nocturno: _____ Mejor hora para llamar: _____
Teléfono celular: _____
Correo electrónico: _____
Lengua materna del paciente: _____
Nombre del contacto alternativo: _____
Teléfono del contacto alternativo: _____

Información sobre el seguro del paciente

Asegurador primario: _____
Teléfono: _____
No. de ID de la póliza: _____ Número de grupo: _____
Nombre del subscriptor/Fecha de nacimiento: _____
¿Cubre este plan medicamentos con receta? SÍ NO
Asegurador secundario: _____
Teléfono: _____
No. de ID de la póliza: _____ Número de grupo: _____
Nombre del subscriptor/Fecha de nacimiento: _____
¿Cubre este plan medicamentos con receta? SÍ NO

Información financiera del paciente*

Ingreso anual real al hogar: \$ _____
Número de miembros en el hogar dependientes del ingreso establecido anteriormente (inclusive el solicitante): _____
Fuente del ingreso:
 Trabajo Familia Asistencia pública SSI/SSDI (Ingreso de seguro complementario/Seguro de discapacidad del seguro social)
 Otra (explique): _____

***Se exigirá la documentación sobre el ingreso para evaluar la aceptabilidad en el Programa de asistencia para el paciente** (es decir, devolución tributaria 1040, SSA-1099, Formulario W-2, etc).

Es posible que un enfermero consejero de **NexConnect** le llame para analizar las preguntas o inquietudes del paciente:

Nombre _____ No. telef. (____) ____ - ____
Título (por ejemplo, Enfermera registrada, Lic. en ciencias, Lic. en enfermería, Asistente personal)

Autorización del paciente para participar en los programas REACH Nexavar y NexConnect

REACH es un programa de asistencia que provee reintegro de dinero para ayudarle a que tenga acceso a su tratamiento con Nexavar. **NexConnect** proporciona apoyo al paciente a través de materiales informativos relacionados con el producto.

Entiendo que el Programa REACH podría solicitar documentación de mi persona, mi empleador, mi proveedor de atención médica, o de mi compañía de seguros para comprobar mi información financiera o de seguro. Toda asistencia proporcionada al paciente a través de REACH está condicionada al cumplimiento con los criterios de aceptabilidad, y REACH se reserva el derecho de realizar una determinación independiente de mis necesidades médicas y financieras. Bayer y Onyx se reservan el derecho de que en cualquier momento, y sin previo aviso, modifiquen o suspendan el Programa REACH y toda asistencia que me proporcionen, y de modificar o suspender completamente el programa.

Autorizo al Programa REACH para que use y obtenga información médica, financiera o de mi proveedor médico, compañía de seguros, farmacia de especialidad, y de otros recursos que considere necesarios con el fin de asegurar la exactitud e integridad de este formulario de inscripción, para que me proporcionen servicios y para que además administren el programa.

Entiendo que el Programa REACH usará y proporcionará mi información para ayudar con las preguntas sobre mi reintegro de dinero, para determinar si califico para recibir asistencia, o para proporcionarme referencias o determinar mi aceptabilidad en otros programas, fundaciones, o recursos alternativos de fondos o cobertura para ayudarme con el costo de mi tratamiento con Nexavar. La información que proporcione podría estar sujeta a otras divulgaciones, en cuyo caso es posible que ya no goce de protección conforme a las normas federales de privacidad. Mis proveedores de atención médica y la compañía de seguros no pondrán condición para mi tratamiento médico o su pago, inscripción en el seguro, o elegibilidad para recibir beneficios de seguro al firmar este formulario.

Autorizo a mis proveedores de atención médica, compañías de seguros y farmacias de especialidad para que usen y divulguen a Bayer, Onyx, al Programa REACH, y a sus agentes autorizados y designados, toda la información de los expedientes médicos y financiera con respecto a mi tratamiento, aceptabilidad para recibir asistencia, la coordinación de mi tratamiento con Nexavar, recepción del medicamento, y mi participación en el Programa REACH, con el fin de que se me proporcionen servicios y para que además administren el programa.

Autorizo al Programa REACH para que divulgue la información proporcionada en este formulario y al Programa **NexConnect** para la provisión de educación, capacitación, y apoyo continuo sobre el uso de Nexavar. Es posible que el proveedor del Programa **NexConnect** reciba compensación de Bayer por proporcionar dichos servicios. Autorizo a Bayer, Onyx, y a los Programas REACH Nexavar y **NexConnect** para que usen y proporcionen mi información, me envíen información o materiales relacionados con Nexavar, u otros productos o servicios relacionados en los cuales podría estar interesado, y que me contacten ocasionalmente para informarme de los propósitos de investigación de mercado sobre Nexavar o el Programa REACH con el fin de operar y mejorar la calidad del programa, o de otra manera tal como lo exige o permite la ley.

Reconozco que soy residente legal en los Estados Unidos y ratifico que la información proporcionada en este formulario de inscripción es real, completa y exacta.

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
Paciente/Tutor o Representante legal*

*Debe proporcionarse la descripción de la autoridad de dicho tutor o representante para actuar en nombre del paciente. Esta autorización vence en el término de un año a partir de la fecha de la firma estampada arriba; a menos que sea revocada por escrito, lo cual no afectará ninguna decisión anterior a la fecha de recepción por el Programa REACH. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

Si no firma este formulario, no será candidato a ser aceptado para recibir asistencia a través del Programa REACH.

NO DESEO recibir información adicional relacionada con Nexavar.

Si no desea recibir información relacionada con Nexavar, cualquier producto o servicios relacionados, o que se le contacte con fines de investigación de mercado, puede llamar al número gratuito del Programa REACH Nexavar: