

Servicios de CoverOne: El paciente solicita ayuda con los siguientes servicios para la inyección BAVENCIO® (avelumab) de 20 mg/ml (seleccione todas las opciones que correspondan):

- Comprobación de beneficios del seguro/cobertura de medicamentos/preselección en el Programa de asistencia al paciente
- Orientación/asistencia en autorización previa
- Solicitud de asistencia en copago (solo para pacientes con seguro privado)
- Programa de asistencia al paciente CoverOne: Solicítelo si no tiene seguro o no tiene la certeza de tener cobertura de seguro para BAVENCIO. **Incluya una receta para el paciente si solicita el Programa de asistencia al paciente**
- Asistencia para reclamaciones denegadas/no bien pagadas  Otra \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre:	Apellidos:	Fecha de nacimiento:	N.º de teléfono particular:
Dirección (sin apartado de correos):			N.º de teléfono del trabajo:
Ciudad:	Estado/Provincia:	CÓDIGO POSTAL:	Correo electrónico:
Ingreso familiar bruto anual*: \$		Número de personas en la unidad familiar:	¿El paciente es ciudadano o residente de EE. UU.? <input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO

**INFORMACIÓN DEL SEGURO: Proporcione copias de todas las tarjetas de seguro médico y farmacéutico (anverso y reverso)**

¿Tiene el paciente beneficios médicos o farmacéuticos por algún programa/empresa de seguros/aseguradora de salud públicos o privados?  SÍ /  NO  
 Si la respuesta es afirmativa, marque las casillas correspondientes y rellene todo lo que corresponda a continuación.

**Programas/empresas de seguros/aseguradoras de salud públicos**

<input type="checkbox"/> Medicare Part A	<input type="checkbox"/> Medicare Part C (Medicare Advantage)	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Veterans Affairs
<input type="checkbox"/> Medicare Part B	<input type="checkbox"/> Medicare Part D - Cobertura de medicamentos	<input type="checkbox"/> TRICARE	<input type="checkbox"/> Otros: _____

Indique el identificador del beneficiario de Medicare: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Seguro privado - Médico (principal) ¿Se trata de un plan de salud "ACA Qualified Health Plan"? <input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO	Nombre del plan/aseguradora:	N.º de ID de política:	N.º de grupo:	N.º de teléfono de la aseguradora:	Nombre del titular de la póliza (si procede):
<input type="checkbox"/> Seguro privado - Médico (secundario) ¿Se trata de un plan de salud "ACA Qualified Health Plan"? <input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO					
<input type="checkbox"/> Privado: Responsable de beneficios farmacéuticos					

**FIRMA DEL PACIENTE:** Con mi firma a continuación, confirmo que he leído y que comprendo la *Autorización para el uso y divulgación de información de salud y otra información personal*, así como el *Consentimiento del paciente para el programa CoverOne*, y acepto las condiciones de la página 2.

Nombre del paciente (letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Firma del paciente (obligatoria) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del tutor/representante legal (si corresponde) \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL MÉDICO**

Nombre del médico responsable:	Correo electrónico del médico:
N.º de colegiado:	Identificador NPI:
N.º de ID fiscal del médico:	N.º PTAN:
Nombre del centro:	Dirección (sin apartado de correos):
Ciudad:	Estado/Provincia:
CÓDIGO POSTAL:	
Nombre de contacto en la consulta:	Teléfono:
Correo electrónico de contacto de la consulta:	Fax:

**INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE:**

Código ICD-10-CM primario:	Código ICD-10-CM secundario:	Indicar fechas de servicio planificadas de BAVENCIO:
¿Se está tratando al paciente con BAVENCIO junto con axitinib? <input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO	Indicar tratamientos anteriores:	¿Ha recibido el paciente tratamiento previo con quimioterapia basada en platino? <input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, ¿ha evolucionado la enfermedad del paciente con la quimioterapia basada en platino? <input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO
¿Es metastásico el cáncer primario del paciente? <input type="checkbox"/> SÍ / <input type="checkbox"/> NO	Lugar de atención médica Consulta del médico: _____ Hospital ambulatorio: _____ Otro: _____	

**FIRMA DEL MÉDICO:** Con mi firma a continuación, confirmo que he leído y que comprendo el *Certificado del médico responsable para el programa CoverOne* y que acepto las condiciones de la página 2.

Nombre del médico (letra de imprenta) \_\_\_\_\_ Firma del médico (obligatoria) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\*Para los pacientes que soliciten el Programa de asistencia al paciente, incluya salarios antes de impuestos, beneficios de la Seguridad Social y cualquier otra fuente de ingresos de la unidad familiar.

**NOTA:** Incluya la documentación de ingresos si se solicita el Programa de asistencia al paciente.

## Autorización para el uso y divulgación de información de salud y otra información personal

Al firmar el Formulario de inscripción en CoverOne®, acepto los siguientes términos:

- Autorizo a mis médicos, farmacéuticos, otros profesionales sanitarios, organizaciones de defensa de pacientes y compañías de seguros ("Mis planes y prestadores de servicios médicos") a revelar mi información de salud y otra información personal, incluida, entre otras, la información presente en este formulario ("Mi información de salud") a EMD Serono, Inc. y a Pfizer Inc., que cofinancian la inyección BAVENCIO® (avelumab) de 20 mg/ml, y a las personas y empresas que trabajan con EMD Serono y Pfizer y a sus agentes y representantes (en conjunto, "CoverOne") para que yo pueda participar en el programa de apoyo al paciente CoverOne. Mi información de salud también puede incluir, entre otra, información relativa a mi diagnóstico y al tratamiento de la enfermedad o enfermedades para las que me han prescrito, o pueden prescribirme, BAVENCIO (el "Producto"), información financiera, estado del seguro, información incluida en cualquier Statement of Medical Necessity (Declaración de necesidad médica) para mí para un formulario de receta e inscripción, y cualquier otra información que se considere importante por Mis planes y prestadores de servicios médicos con relación a mis medicamentos o situación de asistencia sanitaria.
- CoverOne puede utilizar y divulgar Mi información de salud obtenida de acuerdo con esta Autorización para: (1) contactar conmigo por correo ordinario, correo electrónico o por teléfono con el fin de inscribirme y administrar el programa CoverOne; (2) proporcionarme materiales relacionados con el programa CoverOne; (3) comprobar la exactitud de la información que suministro y en mi solicitud del programa CoverOne; (4) proporcionarme servicios de apoyo a reembolsos; y (5) realizar actividades de evaluación de calidad, encuestas y otro tipo de acciones empresariales internas en conexión con el programa CoverOne.
- Entiendo que la presente Autorización seguirá en vigor durante diez (10) años, o por un periodo de tiempo inferior según lo establezca la ley estatal, a partir de la fecha de mi firma, a menos que yo la revoque con anterioridad poniéndome en contacto con CoverOne por escrito en la dirección de la página uno del formulario. Si revoco esta Autorización, Mis planes y prestadores de servicios médicos dejarán de divulgar esta información a CoverOne.
- Entiendo que mi negativa a firmar esta Autorización no afectará mi capacidad de recibir BAVENCIO, mi tratamiento, pago por tratamiento, idoneidad o inscripción en beneficios médicos; sin embargo, dicha negativa sí limitará mi capacidad de recibir servicios de apoyo para BAVENCIO a través del programa CoverOne.
- Entiendo que, una vez que Mi información de salud ha sido divulgada conforme a la presente Autorización, puede estar sujeta a su divulgación y deja de estar protegida por las leyes federales de confidencialidad.
- Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

## Consentimiento del paciente para el programa CoverOne

Al firmar el Formulario de inscripción en CoverOne, acepto y certifico los siguientes términos:

- Confirmando que toda la información financiera y de seguros es completa y exacta. Además, durante la participación en el programa CoverOne, y mientras esté recibiendo tratamiento con BAVENCIO, acepto notificar inmediatamente a CoverOne si el estado de mi seguro de salud cambia en el futuro, si obtengo un nuevo plan de seguro de salud o si tengo derecho a, o me inscribo, en un programa de seguro de salud/empresa de seguros públicos (p. ej. Medicare o Medicaid).
- Entiendo que CoverOne se reserva el derecho de modificar, cambiar o finalizar el programa CoverOne en cualquier momento con o sin previo aviso.
- Entiendo que si soy residente de California, tengo ciertos derechos con respecto a mi información personal que se describen en la Política de privacidad de la "EMD Serono California Consumer Privacy Act" disponible en <https://www.emdserono.com/us-en/privacy-policy.html>
- Entiendo que la información no identificable de todos los participantes en el programa CoverOne puede resumirse con fines estadísticos o de otro tipo.

## Certificado del médico responsable para el programa CoverOne

Al firmar el Formulario de inscripción en CoverOne, acepto y certifico los siguientes términos:

- BAVENCIO es medicamento apropiado para el paciente identificado con anterioridad, y que yo, o un médico de mi centro o consulta, supervisará el tratamiento del paciente.
- El programa CoverOne es un programa de apoyo al paciente disponible para ayudar a los pacientes y cuya participación en el mismo es voluntaria; los criterios de elegibilidad del paciente para los servicios no se vinculan ni dependen de la compra, pasada o futura, de BAVENCIO.
- Si el paciente solicita y cumple los requisitos para el producto donado a través del Programa de asistencia al paciente CoverOne, no buscaré el reembolso de dicho producto donado administrado al paciente de ninguna compañía o programa de seguros, incluidos programas federales de salud, como Medicare y Medicaid. Asimismo, acepto notificar inmediatamente a CoverOne si el paciente ya no recibe BAVENCIO a través del Programa de asistencia al paciente, y acepto devolver a CoverOne el producto donado sin usar del Programa de asistencia al paciente.
- Entiendo que la información relativa a los participantes en el programa puede resumirse con fines estadísticos o de otro tipo y facilitarse a EMD Serono y Pfizer, pero dichos resúmenes no contendrán información que identifique personalmente a los participantes en el programa.
- La información proporcionada en el formulario de inscripción es completa y exacta a mi leal saber y entender.
- CoverOne se reserva el derecho de modificar, cambiar o finalizar el programa CoverOne en cualquier momento, con o sin previo aviso.

**EMD Serono, Inc. y Pfizer Inc. no garantizan la cobertura ni el reembolso de BAVENCIO.**

**Las compañías de seguros toman las decisiones de cobertura y reembolso después de recibir las reclamaciones.**