

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

- Verificación de beneficios del seguro/de la cobertura del medicamento/preselección para el programa de asistencia al paciente.
- Asistencia/guía para la autorización previa.
- Solicitud de asistencia con el copago (solo para pacientes con seguro privado).
- Programa de asistencia al paciente de CoverOne: postúlese si no tiene seguro o si no está seguro de tener cobertura de seguro para BAVENCIO. **Incluir una receta para el paciente si solicita el Programa de asistencia al paciente.**
- Asistencia para reclamaciones rechazadas/mal pagadas. Otro _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:		Apellido:		Fecha de nacimiento:	N.º de teléfono particular:
Dirección postal (no se acepta apartado postal):					N.º de teléfono laboral:
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Correo electrónico:		N.º de teléfono celular:
Ingresos brutos anuales familiares*: \$		Cantidad de personas en el hogar:	¿Es el paciente un ciudadano de los EE. UU. o un residente de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> NO		

INFORMACIÓN DEL SEGURO - proporcione copias de todas las tarjetas de seguro médico y de farmacia (anverso y reverso)

¿Tiene el paciente beneficios médicos o beneficios de farmacia a través de una compañía aseguradora de salud/un pagador/un programa privados o gubernamentales? Sí / NO

Si la respuesta es "Sí", marque las casillas correspondientes y complete todas las opciones que correspondan a continuación.

Compañías aseguradoras de salud/pagadores/programas gubernamentales

- | | | | |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Parte A de Medicare | <input type="checkbox"/> Parte C de Medicare (Medicare Advantage) | <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Asuntos de Veteranos |
| <input type="checkbox"/> Parte B de Medicare | <input type="checkbox"/> Parte D de Medicare - plan de medicamentos | <input type="checkbox"/> TRICARE | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Indique el identificador de beneficiario de Medicare: _____

<input type="checkbox"/> Seguro privado - Médico (primario) ¿Es este un plan de salud calificado según la Ley de Cuidado de Salud Asequible? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> NO	Nombre de la compañía aseguradora/del plan:	N.º de identificación de la póliza:	N.º del grupo	N.º de teléfono de la compañía aseguradora:	Nombre del titular de la póliza (si corresponde):
<input type="checkbox"/> Seguro privado - Médico (secundario) ¿Es este un plan de salud calificado según la Ley de Cuidado de Salud Asequible? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> NO					
<input type="checkbox"/> Privado - Administrador de beneficios de farmacia					

FIRMA DEL PACIENTE – Al firmar a continuación, confirmo que he leído y comprendo la *Autorización para el uso y la divulgación de información médica y otra información personal* y el *Consentimiento del paciente para el programa CoverOne* y acepto los términos de la página 2.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____ Firma del paciente (obligatoria) _____ Fecha _____

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

INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Nombre del médico tratante:		Correo electrónico del médico:	
N.º de licencia estatal:	Registro nacional del proveedor:	N.º de identificación fiscal del médico:	N.º de acceso del proveedor para transacciones:
Nombre de la instalación:		Dirección postal (no se acepta apartado postal):	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Nombre de contacto del consultorio:	Teléfono:	Correo electrónico de contacto del consultorio:	Fax:

INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE:

Código ICD-10-CM primario:	Código ICD-10-CM secundario:	Enumerar las fechas de servicio planificadas para BAVENCIO:	
¿Se está tratando al paciente con BAVENCIO en combinación con axitinib? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> NO	Enumerar tratamientos previos:	¿Ha recibido el paciente tratamiento previo con quimioterapia con platino? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "sí", ¿ha progresado la enfermedad del paciente con la quimioterapia con 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 Consultorio del médico: _____ Hospital para pacientes ambulatorios: _____ Otro: _____		

FIRMA DEL MÉDICO – Al firmar a continuación, confirmo que he leído y comprendo la *Certificación del médico tratante para el programa CoverOne* y acepto los términos de la página 2.

Nombre del médico (en letra de imprenta) _____ Firma del médico (obligatoria) _____ Fecha _____

Autorización para el uso y la divulgación de información médica y otra información personal

Al firmar el formulario de inscripción de CoverOne®, acepto lo siguiente:

- Autorizo a mis médicos, farmacéuticos, otros proveedores de atención médica, las organizaciones de defensa del paciente y las compañías de seguros ("mis proveedores y planes de atención médica") a divulgar mi información médica y otra información personal, lo que incluye, entre otras cosas, la información de este formulario ("mi información médica") a EMD Serono, Inc. y las personas y compañías que trabajan con EMD Serono y sus agentes y representantes (en conjunto, "CoverOne") para que yo pueda participar en el programa de apoyo al paciente de CoverOne. Mi información médica también puede incluir, entre otras cosas, información sobre mi diagnóstico y tratamiento para la afección o más afecciones para las que me podrían haber recetado, o podrían recetar, una inyección de BAVENCIO® (avelumab) 20 mg/ml, (el "producto"), información financiera, estado del seguro, información incluida en cualquier declaración de necesidad médica para mí, para un formulario de receta e inscripción, y cualquier otra información que mis proveedores de atención médica y planes consideren relevante con respecto a mi afección médica o mis medicamentos.
- CoverOne puede usar y divulgar mi información médica obtenida de conformidad con esta autorización para: (1) comunicarse conmigo por correo postal, correo electrónico o por teléfono para inscribirme y administrar el programa CoverOne; (2) proporcionarme materiales relacionados con el programa CoverOne; (3) verificar la precisión de la información que proporciono y aquella en mi solicitud para el programa CoverOne; (4) proporcionarme servicios de asistencia para reembolsos; y (5) llevar a cabo el aseguramiento de calidad, encuestas y otras actividades comerciales internas en relación con el programa CoverOne.
- Comprendo que esta autorización permanecerá vigente durante diez (10) años o durante el período más breve que exija la ley estatal, a partir de la fecha de mi firma, a menos que revoque esta autorización antes al comunicarme con CoverOne por escrito a EMD Serono, Inc., One Technology Place, Rockland, MA 02370. Si revoco esta autorización, mis proveedores y planes de atención médica dejarán de divulgar esta información a CoverOne.
- Comprendo que si me niego a firmar esta autorización, esto no afectará mi capacidad de recibir BAVENCIO, mi tratamiento, el pago del tratamiento, la elegibilidad o la inscripción en beneficios de salud; sin embargo, tal negativa limitará mi capacidad de recibir servicios de asistencia para BAVENCIO a través del programa CoverOne.
- Comprendo que, una vez que mi información médica se divulgue de conformidad con esta autorización, puede estar sujeta a una nueva divulgación y dejar de estar protegida por las leyes federales de privacidad.
- Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Consentimiento del paciente para el programa CoverOne

Al firmar el formulario de inscripción de CoverOne, acepto y certifico lo siguiente:

- Confirmando que toda la información financiera y del seguro está completa y es precisa. Además, durante mi participación en el programa CoverOne y mientras recibo tratamiento con BAVENCIO, acepto notificar inmediatamente a CoverOne si mi estado de seguro médico cambia en el futuro, si obtengo un nuevo plan de seguro médico o si comienzo a tener derecho a recibir o me inscribo en un programa de seguro médico/pagador gubernamental (es decir, Medicare o Medicaid).
- Comprendo que CoverOne se reserva el derecho de modificar, cambiar o finalizar el programa CoverOne en cualquier momento con o sin aviso.
- Comprendo que, si soy residente de California, tengo ciertos derechos con respecto a mi información personal, los cuales se describen en la Política de privacidad de la Ley de privacidad del consumidor de California de EMD Serono, que se encuentra disponible en <https://www.emdserono.com/us-en/privacy-policy.html>.
- Comprendo que la información no identificable de todos los participantes del programa CoverOne puede resumirse con fines estadísticos o de otro tipo.

Certificación del médico tratante para el programa CoverOne

Al firmar el formulario de inscripción de CoverOne, acepto y certifico lo siguiente:

- BAVENCIO es apropiado desde el punto de vista médico para el paciente identificado anteriormente y que yo, o un médico de mi consultorio, supervisaremos el tratamiento del paciente.
- El programa CoverOne es un programa de apoyo al paciente disponible para ayudar a los pacientes; la participación en el programa es voluntaria, y la elegibilidad del paciente para recibir servicios no está relacionada con ninguna compra de BAVENCIO pasada o futura ni depende de ella.
- Si el paciente solicita un producto donado y es elegible para recibirlo a través del Programa de asistencia al paciente de CoverOne, no le solicitaré el reembolso del producto donado administrado al paciente a ninguna compañía o programa de seguros, incluidos los programas de atención médica federales, como Medicare y Medicaid. Además, acepto notificar a CoverOne de inmediato si el paciente ya no recibe BAVENCIO a través del Programa de asistencia al paciente y acepto devolverle a CoverOne el producto donado no usado del Programa de asistencia al paciente.
- Comprendo que la información relacionada con los participantes del programa puede resumirse para fines estadísticos u otros fines y proporcionarse a EMD Serono, pero tales resúmenes no contendrán información que identifique a los participantes del programa personalmente.
- La información proporcionada en el formulario de inscripción está completa y es precisa 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 aviso.

EMD Serono, Inc. no garantiza la cobertura ni el reembolso de BAVENCIO® (avelumab).