

Formulario de inscripción para el Servicio de asistencia al paciente de Eisai

Instrucciones para llevar a cabo la inscripción: el Servicio de asistencia al paciente de Eisai ofrece dos opciones para la inscripción

Opción 1: Llene este formulario

- Envíe por fax el formulario lleno y la(s) tarjeta(s) del seguro del paciente por los dos lados al 1-855-246-5192
- Seleccione las ofertas del servicio de asistencia para las que se evaluará al paciente. El paciente no será evaluado para ofertas del servicio de asistencia que no se seleccionen en este formulario
- Tanto la persona que emite la receta como el paciente **deben firmar el formulario**

OR

Opción 2: Envíe una receta médica electrónica a la farmacia del Servicio de asistencia al paciente de Eisai

- Envíe una receta médica electrónica para LENVIMA directamente a la farmacia del Servicio de asistencia al paciente de Eisai quien iniciará el proceso de inscripción en el Servicio de asistencia al paciente de Eisai. Esta farmacia se clasifica como farmacia minorista en los sistemas EMR/EHR (Registros médicos electrónicos/Registros de salud electrónicos) y está en 2730 S. Edmonds Lane, #400A, Lewisville, TX 75067; el número de identificación de la receta médica electrónica es 5942176.

Los pacientes pueden firmar el formulario de forma electrónica si visitan www.lenvimaconsent.com.

Ofertas de programas: proveedores, seleccionen todos los programas que les gustaría que reciban sus pacientes y sigan las instrucciones que se enlistan



Solicitar un ARM

Los Gerentes de Acceso y Reembolso (ARM) apoyan el acceso de los pacientes a los productos de Eisai que se recetan proporcionando información importante y respondiendo las preguntas de los proveedores sobre cobertura de seguros, codificación, reembolso y problemas de acceso para el paciente.



Investigación de beneficios

Ayuda a los pacientes a comprender su cobertura para LENVIMA

Proveedor: Llene las páginas 1, 2 y 4
Paciente: Firme la parte superior de la página 4 (sección Autorización del paciente para uso y divulgación de información de salud)



Programa de ayuda para pacientes (PAP)

Ofrece LENVIMA sin costo para pacientes elegibles con necesidades financieras

Proveedor: Llene todo el formulario
Paciente: Firme ambos lugares en la página 4 (*Las secciones Autorización del paciente para uso y divulgación de información de salud y Confirmación del paciente para el Programa de asistencia al paciente*)



Kit de bienvenida de LENVIMA

Incluye materiales educativos clave de LENVIMA y recursos útiles para pacientes que reciben terapia

Proveedor: Llene las páginas 1 y 4. No se necesita la firma del médico.
Paciente: Firme la parte superior de la página 4 (*Autorización del paciente para uso y divulgación de la sección de información de salud*)

Información del paciente

TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIO

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono del paciente	Número de celular del paciente	Correo electrónico		
Nombre de contacto alternativo		Relación con el paciente		Idioma principal
Número de teléfono de casa del contacto alternativo		Número de celular del contacto alternativo		Contacto preferido <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico

Información de seguro del paciente

TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIO

1	Seguro médico principal	Número de teléfono del seguro	Número de ID de la póliza
	BIN (Número de identificación del banco)	PCN (Número de control del procesador)	Número de grupo
	Nombre del titular de la póliza		Fecha de nacimiento del titular de la póliza
	Información del seguro principal <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Plan de seguro comercial/privado <input type="checkbox"/> VA (Asuntos para veteranos) <input type="checkbox"/> Otro _____		
2	Seguro médico secundario	Número de teléfono	Número de ID de la póliza
	BIN (Número de identificación del banco)	BIN (Número de identificación del banco)	Numero de grupo
	Nombre del titular de la póliza		Fecha de nacimiento del titular de la póliza
	Información del seguro secundario <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Plan de seguro comercial/privado <input type="checkbox"/> VA (Asuntos para veteranos) <input type="checkbox"/> Otro _____		

Formulario de inscripción para el Servicio de asistencia al paciente de Eisai

Información del médico		*CAMPO OBLIGATORIO	
Nombre del médico*		Nombre del lugar/de las instalaciones	
Dirección*	Ciudad*	Estado*	Código postal*
Contacto en la oficina	Número de teléfono*		
Fax	Correo electrónico de la oficina		
Número de licencia del estado*	Número de identificación fiscal*	Número de identificación de proveedor nacional*	

Receta médica El medicamento se enviará por medio de una farmacia de especialidades a la casa del paciente, a menos que indique lo contrario la persona que emita la receta médica

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Peso
Nombre del medicamento Cápsulas de LENVIMA	Diagnóstico/Código ICD	

- LENVIMA está disponible en cápsulas de 4 y 10 miligramos
- Las cápsulas de LENVIMA se suministran en cajas con 6 blísteres. Cada blíster contiene un suministro de LENVIMA para 5 días
- **Marque la concentración del medicamento (obligatorio)**

Dosis	Cápsulas diarias en blísteres	Cantidad para suministro de 30 días
<input type="checkbox"/> 24 mg	10 mg, 10 mg, 4 mg	#60 cápsulas de 10 mg; #30 cápsulas de 4 mg
<input type="checkbox"/> 20 mg	10 mg, 10 mg	#60 cápsulas de 10 mg
<input type="checkbox"/> 18 mg	10 mg, 4 mg, 4 mg	#30 cápsulas de 10 mg; #60 cápsulas de 4 mg
<input type="checkbox"/> 14 mg	10 mg, 4 mg	#30 cápsulas de 10 mg; #30 cápsulas de 4 mg
<input type="checkbox"/> 12 mg	4 mg, 4 mg, 4 mg	#90 cápsulas de 4 mg
<input type="checkbox"/> 10 mg	10 mg	#30 cápsulas de 10 mg
<input type="checkbox"/> 8 mg	4 mg, 4 mg	#60 cápsulas de 4 mg
<input type="checkbox"/> 4 mg	4 mg	#30 cápsulas de 4 mg

Firma: _____

Cantidad: _____ Reabastecimientos: _____ Lista actual de medicamentos: _____

Physician Declaration

La información que se proporciona está completa y es precisa según mi leal saber y entender. He recetado LENVIMA de acuerdo con mi juicio profesional independiente de necesidad médica y he tomado en cuenta las consideraciones de seguridad importantes del paciente y la información completa de la prescripción.

Firma del médico: _____ Fecha: _____
(sin sellos)

Persona que emite la receta: Tome en cuenta que se le puede pedir que proporcione una receta médica por separado para cumplir con la ley de farmacias estatales.

 Pharmacy	Eisai Patient Support Pharmacy	
	2730 S. Edmonds Lane, #400A, Lewisville, TX 75067	
	NCPDP: 5942176 NPI: 1861259194	horas de operación: L-V: 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este



Note: El HCP puede enviar una receta médica electrónica para LENVIMA a la Farmacia del Servicio de asistencia al paciente de Eisai para iniciar la inscripción en el Servicio de asistencia al paciente de Eisai

Formulario de inscripción para el Servicio de asistencia al paciente de Eisai

Uso del paciente

Autorización del paciente para el uso y divulgación de información de salud

Al firmar esta autorización, doy mi permiso para que cada uno de mis médicos, farmacéuticos y otros proveedores de servicios de salud (en conjunto: "Proveedores de Atención Médica") y cada una de las aseguradoras de mis seguros médicos (en conjunto: "Aseguradoras") divulgue mi información de salud personal, incluso información relacionada con mi estado de salud y tratamiento, mi cobertura de seguro médico, mi nombre, dirección, número de teléfono, número de Seguro Social, números de plan de seguro o grupo (en conjunto, "Información de Salud Protegida") a Eisai Inc., sus empresas filiales, proveedores, agentes, socios colaboradores y representantes (en conjunto: "Eisai") en respaldo al programa de Servicio de asistencia al paciente de Eisai para LENVIMA (en conjunto: el "Programa") de modo que el Programa pueda dar los siguientes pasos para proporcionarme ofertas de servicio de asistencia ("Servicio de asistencia"):

- I. Procesar mi inscripción (o reinscripción, según corresponda) y determinar mi elegibilidad para la ayuda económica y con el copago del Programa, incluso verificaciones de beneficios y apoyo con autorizaciones previas,
- II. Proporcionarme el Servicio de asistencia de ayuda económica del Programa y con el copago,
- III. Verificar, investigar, coordinarse y comunicarse con mis Proveedores de Atención Médica y Aseguradoras acerca de los beneficios y la cobertura de mi seguro, mi atención médica y mis medicamentos recetados,
- IV. Facilitar que una farmacia no comercial surta mis recetas médicas,
- V. Proporcionarme materiales de control de enfermedades y otros materiales educativos, información y Servicio de asistencia relacionados con mi experiencia en el tratamiento con mis medicamentos con receta y mi afección,
- VI. Comunicarse conmigo acerca de mis medicamentos y tratamiento, incluso materiales de adherencia, recordatorios, consejos de salud y estilo de vida e información de productos y de otra índole relacionada,
- VII. Llevar a cabo encuestas, análisis de datos, investigación de mercado, aseguramiento de calidad y otros fines de mejoramiento, y otras actividades comerciales internas relacionadas con el Programa y productos y programas de Eisai,
- VIII. Comunicarse conmigo acerca del Programa o cuestiones relacionadas con el Programa por correo postal, correo electrónico, teléfono o mensaje de texto a los números que yo proporcione.

Además, autorizo el uso y la divulgación de mi Información de Salud Protegida a mis Proveedores de Atención Médica, Aseguradoras, agencias del gobierno, otros programas de ayuda, cuidadores o representantes autorizados legalmente que yo designe para los fines que anteceden. Al designar a un cuidador o representante autorizado específicos, estoy autorizando a esa persona a proporcionar información con respecto a mis planes de seguro, situación económica y otra información necesaria para facilitar mi participación en el Programa.

Formulario de inscripción para el Servicio de asistencia al paciente de Eisai

Uso del paciente (continuación)

Entiendo que:

- Una vez que se proporcione mi Información de Salud Protegida, podría dejar de estar protegida por las leyes federales de privacidad y podría ser divulgada a otros. Sin embargo, Eisai pretende usar y compartir mi Información de Salud Protegida únicamente como se describe en esta Autorización o según lo permita la ley.
- Puedo negarme a firmar esta Autorización y decidir no firmarla no cambiará la forma en que me traten mis Proveedores de Atención Médica o Aseguradoras, pero no tendré acceso al Programa ni al Servicio de asistencia que proporciona el Programa.
- Mi Autorización firmada permanecerá en vigor durante 5 años a partir de la fecha de mi firma al calce o el período más corto que pueda ser prescrito por la ley estatal.
- Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento si envío por correo una solicitud a 2730 S. Edmonds Lane, Suite 300, Lewisville, TX 75067, o si envío por fax la solicitud al 1-855- 246-5192, o si llamo al 1-866-613-4724. Además, entiendo que revocar esta Autorización hará que pierda validez con respecto a los usos y divulgaciones de mi Información de Salud Protegida después de la fecha en que se reciba mi carta de revocación, pero que eso no restará validez a usos y divulgaciones con base en la Autorización previos esa fecha.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Nombre del paciente o del Representante del paciente Firma del paciente o del Representante

del paciente Fecha Relación del representante del paciente con el paciente

Confirmación del paciente para el Programa de asistencia al paciente

Comprendo que llenar este formulario no garantiza que calificaré para el PAP. Certifico que la información que se proporciona en este formulario de inscripción es completa y precisa. Acepto notificar al Servicio de asistencia al paciente de Eisai si obtengo cobertura a través de otra fuente o si ya no cumplo con los criterios de ingresos para el PAP. Acepto que no pediré reembolso ni crédito de ninguna aseguradora, plan de salud o programa gubernamental con respecto a esta receta médica. Si soy miembro de un plan de Medicare Parte D, no buscaré que esta receta ni ningún costo asociado con ella se tomen en cuenta como parte de mi gasto de bolsillo para medicamentos con receta médica. Comprendo que Eisai Inc. se reserva el derecho de, en cualquier momento y sin darme previo aviso, modificar o discontinuar cualquiera o todos los PAP, incluyendo la modificación de los criterios de elegibilidad y la terminación inmediata de la asistencia que proporciona el PAP. Comprendo que puedo negarme a firmar este formulario y ser considerado para el PAP.

Se requerirá la verificación del ingreso para que EPS evalúe la elegibilidad del programa. Al firmar a continuación, autorizo a Eisai Inc. y a sus proveedores de servicio que administran el Programa de asistencia al paciente (en conjunto, "Eisai") que obtengan información financiera de mi perfil crediticio u otra información financiera de Experian Income View. Comprendo que Eisai necesita, y acepto que Eisai puede usar, esta información financiera para determinar mi elegibilidad financiera para participar en el Programa de asistencia al paciente de Eisai. También acepto entregar documentación financiera adicional de manera oportuna si así se solicita.

Nombre del paciente o del Representante del paciente Firma del paciente o del Representante del paciente

Fecha

Relación del representante del paciente con el paciente



Nota: Los pacientes pueden visitar www.lenvimaconsent.com para proporcionar las firmas digitales que se necesitan en este formulario.