

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

PROVENGE®
(sipuleucel-T)

Rellene y envíe este formulario de inscripción por fax al número **877-556-3737**.

Puede contactar a Dendreon ON Call al número **877-336-3736**, de lunes a viernes desde las 8:00 A. M. hasta las 8:00 P. M. ET.

1. Información del paciente

Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Complete con el nombre tal y como aparece en el documento de identidad con fotografía del paciente

Fecha de nacimiento: _____ Teléfono principal: _____ Teléfono secundario: _____

Dirección física: _____

Calle, ciudad y código postal

Número de expediente médico: _____

Diagnóstico principal (CIE-10): _____ Diagnóstico secundario (CIE-10): _____

Los códigos de diagnóstico son necesarios para el seguro

2. Información sobre el seguro médico

NO tengo seguro médico ni indico una forma de pago alternativa. Si selecciona esta opción, **pase a la sección 3**

Seguro principal		Seguro secundario	
Compañía de seguros		Compañía de seguros	
Nombre del plan		Nombre del plan	
Póliza N.º		Póliza N.º	
Grupo N.º		Grupo N.º	
N.º de teléfono		N.º de teléfono	

3. Programas de asistencia al paciente (Patient Assistance Programs, PAP): seleccione los programas que desea que se revisen para comprobar su elegibilidad

Consulte la sección 8 para conocer los detalles del programa

<input type="checkbox"/> Programa PROVENGE® para pacientes sin seguro	Se requiere una respuesta para TODOS los casos siguientes: Los ingresos brutos anuales ajustados del hogar son de \$150,000 o menos <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Ciudadano estadounidense o residente permanente <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____
<input type="checkbox"/> Programa de copago comercial PROvide™.	
<input type="checkbox"/> Ayuda para el copago	

4. Autorización del paciente (obligatoria) - He leído y estoy de acuerdo con la autorización en la sección 7

FIRMA DEL PACIENTE: **FIRMA** _____ FECHA: _____

Obtener la firma electrónica del paciente Dirección de correo electrónico: _____
(necesaria para la firma electrónica)

5. Información sobre el médico y el centro de infusión

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ NPI: _____ IDENTIFICACIÓN FISCAL: _____

Nombre del centro de infusión: _____

Dirección del centro de infusión: _____

Calle, ciudad y código postal

Nombre del contacto: _____ N.º de teléfono: _____ N.º de fax: _____

¿Se solicita el precio del programa 340B? No Sí En caso afirmativo, proporcione el número del programa 340B para la facturación correcta: _____

Indique el número de orden de compra (Purchase Order, PO) de su centro de infusión, necesario para su facturación interna, para PROVENGE®:

PO N.º 1

PO N.º 2

PO N.º 3

6. Certificación y declaración del médico (obligatoria) - He leído y acepto la certificación y declaración en la sección 9

FIRMA DEL MÉDICO: **FIRMA** _____ FECHA: _____

Obtener la firma electrónica del médico Dirección de correo electrónico del médico: _____
(necesaria para la firma electrónica)

7. Autorización del paciente (obligatoria)

Autorizo a mi médico tratante y a cualquier aseguradora, plan o programa de salud que me brinde beneficios de atención médica (colectivamente, "planes de salud") a divulgar mi información médica u otra información personal pasada y presente, incluida la información de este formulario de inscripción, la información sobre mi tratamiento con PROVENGE (en conjunto, "información") y mis afecciones médicas relacionadas a Dendreon y sus agentes (colectivamente, "Dendreon") para fines relacionados con mi tratamiento, como se describe con más detalle en esta autorización. Autorizo a Dendreon a utilizar y divulgar la información para los siguientes fines específicos: ordenar, fabricar, programar, entregar e infundir PROVENGE; obtener el pago de mis planes de salud; llevar a cabo la verificación del reembolso; solicitar o remitir a los programas de asistencia al paciente según petición mía; proporcionarme servicios educativos y de apoyo al tratamiento ("servicios de apoyo") por correo, correo electrónico o teléfono, o como lo permita la ley. Entiendo que los servicios de apoyo pueden incluir materiales de información sobre el producto, recordatorios del tratamiento o encuestas sobre mi experiencia de tratamiento con PROVENGE. Entiendo que, una vez que mi información haya sido revelada a Dendreon, las leyes de privacidad federales y estatales pueden dejar de protegerla contra su uso o divulgación posterior. Sin embargo, Dendreon se compromete a proteger mi información utilizándola solo para los fines permitidos en esta autorización o según lo permita la ley. Entiendo que la firma de esta autorización es voluntaria y, si no la firmo, no afectará mi posibilidad de obtener tratamientos alternativos por parte de mi médico tratante o de obtener cobertura o beneficios de un seguro. Sin embargo, entiendo que si no firmo esta autorización no tendré derecho a recibir PROVENGE y los servicios de apoyo y otros servicios descritos anteriormente. Puedo retirar esta autorización en cualquier momento por medio de una solicitud escrita a la dirección 1208 Eastlake Ave E, Seattle, WA 98109 ATTN: Dendreon On Call, o al llamar al 877-336-3736. Al retirar esta autorización, las partes identificadas en ella dejarán de utilizar y divulgar mi información, excepto en la medida en que dichos usos y divulgaciones se hayan realizado en virtud de esta autorización y según lo permitido por la ley aplicable. Esta autorización caduca a los 10 años de la fecha de la firma del paciente indicada a continuación, a menos que la retire antes. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

8. Información sobre el programa de asistencia al paciente*

Programa PROVENGE para pacientes sin seguro - Un programa que puede proporcionarle PROVENGE sin costo alguno si no tiene seguro médico, incluso si no tiene cobertura para medicamentos debido a la escisión del beneficio de medicamentos, o si queda sin seguro debido al rechazo del reclamo del pagador. Dendreon no puede garantizar que usted reciba ayuda en el marco de este programa.

Programa de copago comercial PROvide - Un programa que apoya a los pacientes elegibles con seguro comercial privado (pagadores no gubernamentales) al cubrir cualquier combinación de los siguientes costos copagos, coseguros o costos deducibles hasta un máximo de \$6,000 sobre 3 tratamientos PROVENGE. Dendreon no puede garantizar que usted reciba ayuda en el marco de este programa.

Ayuda para el copago - Las fundaciones de copago proporcionan ayuda independientemente de la elección del medicamento, y las decisiones se basan en la necesidad económica y los criterios establecidos por cada fundación. Dendreon puede ayudar a los pacientes remitiéndolos a estas organizaciones independientes. Dendreon no puede garantizar que los pacientes sean elegibles o reciban ayuda después de la remisión. Dendreon no tiene influencia de control o gestión en estas organizaciones independientes.

*Al solicitar la ayuda del programa, usted se compromete a proporcionar una prueba de ingresos o información de residencia de manera oportuna, cuando se le solicite.

9. Certificación y declaración del médico

Confirmando que la información que he proporcionado en este formulario de inscripción está completa y es exacta según mi conocimiento. Obtuve la autorización de mi paciente, según se indica, para divulgar su información de salud relacionada con el tratamiento con PROVENGE® a Dendreon y sus agentes designados para que la utilicen y divulguen según sea necesario en la prestación de servicios de salud o para ofrecer servicios de atención y apoyo al paciente o servicios de apoyo al reembolso.

Si el paciente está inscrito en PROvide™, estoy de acuerdo en que no presentaré ninguna reclamación de terceros por los gastos de costo compartido del paciente (incluyendo copagos, deducibles o coseguros) que estén cubiertos por el programa de copago comercial de PROvide™. Estoy de acuerdo en que divulgaré mi participación en el programa de copago comercial a los terceros pagadores según se requiera. Además, certifico que mi participación en este programa es coherente con mis obligaciones como proveedor participante con cualquier tercero pagador.

