



**SeaGen
Secure**

Access.
Advocates.
Answers.

Teléfono: 855-4SECURE (855-473-2873)

SeaGenSecure.com

ADCETRIS® (brentuximab vedotina) para inyección formulario de solicitud del proveedor de atención médica

Complete y envíe por fax al 855-557-2480 o por correo electrónico a
CaseManager@seagensecure.com

Este es uno de dos formularios requeridos para inscribir a un paciente en SeaGen Secure®. Para comenzar a brindar ayuda a este paciente, también se debe enviar un Formulario de autorización del paciente completado y firmado.

Marque si corresponde:

El paciente solicita un enfermero de apoyo de oncología solamente. No se requiere asistencia adicional.

Información del médico/proveedor

NOMBRE DEL MÉDICO			
NOMBRE DEL GRUPO/HOSPITAL	N.º DE IDENTIFICACIÓN FISCAL	NPI	VENCIMIENTO
DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DE CONTACTO DEL CONSULTORIO	TELÉFONO	EXTENSIÓN	
CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO	FAX		

Información del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer SEXO	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	
<input type="radio"/> Tel. fijo <input type="radio"/> Celular () - NÚMERO DE CONTACTO PREFERIDO	CORREO ELECTRÓNICO		
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIAGNÓSTICO	ICD-10	ETAPA	FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO (MM/DD/AAAA)
¿EL PACIENTE HA RECIBIDO UN TRASPLANTE? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ¿EL TRASPLANTE FUE AUTÓLOGO O ALOGÉNICO? <input type="radio"/> Autólogo <input type="radio"/> Alogénico	¿ADCETRIS SE UTILIZA COMO TERAPIA DE CONSOLIDACIÓN? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
¿QUÉ LÍNEA DE TERAPIA ES ADCETRIS?	¿QUÉ REGÍMENES DE AGENTES PREVIOS HA RECIBIDO EL PACIENTE?		
DOSIS DE ADCETRIS POR ADMINISTRACIÓN:	FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO DE ADCETRIS: <input type="radio"/> Semanalmente <input type="radio"/> Cada 2 semanas <input type="radio"/> Cada 3 semanas Otra: _____	<input type="radio"/> Monoterapia <input type="radio"/> En combinación SI LA RESPUESTA ES "EN COMBINACIÓN", ¿CON QUÉ FÁRMACOS?	

Información sobre el seguro de salud

También puede adjuntar copias de tarjetas del seguro

MARQUE UNA OPCIÓN: Seguro comercial/privado Medicare/Medicaid/TRICARE Sin seguro Otro

	Seguro de salud principal	Seguro de salud secundario	Seguro de farmacia
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			
NÚMERO DE PÓLIZA			
NÚMERO DE GRUPO			
NÚMERO DE TELÉFONO			
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA			
FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA			
NÚMERO BIN/PCN			

Complete solamente si el paciente no está asegurado

EMPLEADOR DEL PACIENTE: _____

¿EL EMPLEADOR DEL PACIENTE OFRECE SEGURO DE SALUD? SÍ NO NC

¿EL CÓNYUGE DEL PACIENTE TIENE UN EMPLEADOR QUE OFRECE SEGURO DE SALUD? SÍ NO NC

¿EL PACIENTE HA INTENTADO INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE INTERCAMBIO DE SEGURO DE SALUD (HEALTH INSURANCE EXCHANGE, HIE)? SÍ NO

¿EL PACIENTE HA INTENTADO SOLICITAR EL PROGRAMA MEDICAID DE SU ESTADO? SÍ NO

Si al paciente se le ha negado Medicaid o tiene Emergency Medicaid, envíe una copia de la carta con la inscripción.

Nota: Se requiere la solicitud de Medicaid o HIE independientemente de la elegibilidad.

La inscripción en el Programa de asistencia para pacientes comienza de forma temporal.

Al proporcionar la Información del paciente (incluida Información sobre el seguro de salud) a continuación, usted declara que tiene el consentimiento del paciente para proporcionar su información a los fines de verificar beneficios o considerar la participación en el Programa de asistencia para pacientes para recibir el producto de Seattle Genetics seleccionado, según lo indicado anteriormente, y que tiene las autorizaciones por escrito del paciente, según lo exigen las leyes estatales o federales aplicables, para divulgar la Información del paciente en este formulario.



FIRMA DEL CONTACTO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA O DEL MÉDICO

FECHA DE LA FIRMA

El proveedor de atención médica y el paciente son totalmente responsables de todos los reclamos hechos a aseguradoras privadas o programas gubernamentales, incluida la exactitud de toda la información presentada. Todos los reclamos de productos de Seattle Genetics deben registrarse por los requisitos legales y contractuales. Hay muchos factores que influyen en el reembolso, y las políticas y prácticas de pagadores públicos y privados pueden cambiar sin aviso. Seattle Genetics se reserva el derecho de modificar o discontinuar el programa sin aviso, en cualquier momento.

Prevía notificación razonable por escrito, y no más de una vez por cada año de cobertura, Seattle Genetics, Inc. tendrá derecho a auditar y examinar todos los documentos, correspondencia y registros relacionados con los pacientes inscritos y los envíos de productos. A pedido, un representante debidamente autorizado por Seattle Genetics, Inc. puede comunicarse con usted por teléfono o correo electrónico con un pedido de auditoría para todos o algunos de sus pacientes inscritos. Se requieren respuestas completas a una auditoría dentro de los 30 días de dicho pedido. El incumplimiento puede derivar en la posible discontinuación del programa para todos o algunos de sus pacientes.

Seattle Genetics, Inc. y SeaGen Secure utilizarán esta información del paciente únicamente a los fines de una investigación de beneficios y evaluación de asistencia al paciente. El programa no venderá, alquilará ni de otro modo distribuirá ninguna información del paciente fuera de Seattle Genetics, Inc. o sus agentes.

Tengo conocimiento de que la declaración de privacidad de Seattle Genetics, disponible en www.seattlegenetics.com/privacy, describe sus prácticas de privacidad, que incluyen cómo puedo ejercer determinados derechos en relación con mis datos.



**SeaGen
Secure**

Access.
Advocates.
Answers.

Teléfono: 855-4SECURE (855-473-2873)
SeaGenSecure.com

Formulario de autorización del paciente para ADCETRIS® (brentuximab vedotina) para inyección

*Complete y envíe por fax al 855-557-2480 o por correo electrónico a
CaseManager@seagensecure.com*

SeaGen Secure® es un servicio proporcionado sin costo por Seattle Genetics a través de sus agentes autorizados. SeaGen Secure le ayudará a acceder a los productos de Seattle Genetics. Autorizo a SeaGen Secure para que se comunique conmigo, mi(s) médico(s) y proveedor(es) de seguros para los fines descritos en este documento. SeaGen Secure puede hacer lo siguiente:

- (i) ayudarme con mi inscripción en SeaGen Secure y evaluar mi elegibilidad para participar en los Programas de asistencia para desembolsos directos de seguros comerciales y, si resulta que soy elegible, inscribirme;
- (ii) comunicarse conmigo por teléfono, correo postal o correo electrónico para solicitar o proporcionar información adicional;
- (iii) proporcionar material educativo y otros materiales e información pertinentes relacionados con SeaGen Secure;
- (iv) verificar, investigar y ayudarme a obtener cobertura para ADCETRIS a través de mi plan de seguro de salud;
- (v) evaluar mi elegibilidad para participar en el Programa de asistencia para pacientes (Patient Assistance Program, PAP), si es necesario;
- (vi) derivarme a otros programas independientes o fuentes alternativas que pueden estar disponibles para ayudarme según lo permita la ley, si es necesario;
- (vii) para cumplir con los objetivos comerciales internos de SeaGen, que incluyen el control de calidad y una encuesta de mejora del apoyo.

Para poder ayudarle como se describe anteriormente, SeaGen Secure debe tener acceso a información médica protegida (protected health information, PHI). Esto significa información que puede ser divulgada e incluye, entre otras cosas, mi nombre, dirección, número de contacto, afección médica y seguro de salud. Autorizo a mis médicos, farmacias y otros proveedores de atención médica, así como a mi plan de seguro de salud, a divulgar mi información médica protegida a Seattle Genetics (“Compañía”) y a sus terceros proveedores, distribuidores y a otros proveedores



de servicios que brindan apoyo a SeaGen Secure (en conjunto, “Proveedores de servicios”), para ayudarme a obtener acceso a mi medicamento recetado. También autorizo a SeaGen Secure a acceder a mi información de crédito a los fines de verificar mi ingreso como parte de la selección de elegibilidad para el PAP. Entiendo que completar este formulario no garantiza que reuniré los requisitos para el programa PAP de Seattle Genetics y se me inscribirá en el programa. Entiendo que puedo negarme a firmar esta Autorización, y esto no afectará mi tratamiento, el pago del tratamiento ni la cobertura de seguro, pero SeaGen Secure no podrá ayudarme. Esta autorización tendrá una duración de dos años a partir de la fecha en la que acepto esta autorización (o un período más corto según lo exija la ley estatal aplicable).

Tengo conocimiento de que la declaración de privacidad de Seattle Genetics, disponible en www.seattlegenetics.com/privacy, describe sus prácticas de privacidad, que incluyen cómo puedo ejercer determinados derechos en relación con mis datos. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando un aviso por escrito a SeaGen Secure a 2730 S. Edmonds Lane, Suite 300, Lewisville, TX 75067. La cancelación de esta autorización será válida cuando sea recibida por los administradores de SeaGen Secure.

Información del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE

**FECHA DE NACIMIENTO
(MM/DD/AAAA)**

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

**CÓDIGO
POSTAL**

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO **TELÉFONO**

MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO: **Teléfono** **Correo electrónico**
 Correo postal

CONTACTO ALTERNATIVO

RELACIÓN

TELÉFONO DEL CONTACTO



Información financiera

Esta sección solo debe completarse en el caso de pacientes que se inscriben en el Programa de asistencia para pacientes de SeaGen Secure para recibir medicamentos gratis. Si cumple con todos los criterios, puede ser elegible para recibir su medicamento sin costo.

CANTIDAD DE MIEMBROS DEL HOGAR PARA EL AÑO FISCAL MÁS RECIENTE

INGRESO ANUAL DEL HOGAR PARA EL AÑO FISCAL MÁS RECIENTE*

Al firmar este formulario, tal y como se describe en este documento, acepto permitir que SeaGen Secure use mi información personal. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de haberla firmado.

FIRMA (PACIENTE O PERSONA LEGALMENTE AUTORIZADA)

FECHA DE LA FIRMA

NOMBRE EN IMPRENTA DE LA PERSONA LEGALMENTE AUTORIZADA

RELACIÓN CON EL PACIENTE

FECHA DE LA FIRMA

Programa de enfermeros de apoyo de oncología opcional

___ Escriba sus iniciales aquí si desea que un enfermero de apoyo de oncología se comunique con usted.† El Programa de enfermeros de apoyo de oncología puede conectarlo con un enfermero de oncología que puede ayudarle a explorar recursos de atención y de otro tipo disponibles. El enfermero de apoyo de oncología lo conectará con apoyo más allá de sus medicamentos, que incluyen servicios psicosociales, personales y de apoyo, si lo necesita. Su enfermero de apoyo de oncología está disponible para hablar con usted de lunes a viernes, de 8 A.M. a 8 P.M., hora del este.

