

Formulario de inscripción en el Programa de Ayuda de Copago de Dalvance Connects[®] para profesionales de la salud

Complete el formulario, fírmelo y envíelo por fax al 1-855-888-7206.
 Para obtener ayuda, llame a Dalvance Connects[®] al 1-855-387-2824, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.

Servicios solicitados	
Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Verificación de beneficios <input type="checkbox"/> Ayuda para la autorización previa <input type="checkbox"/> Ayuda para las reclamaciones <input type="checkbox"/> Programa de Ayuda de Copago	
Información del paciente	
Apellido:	Nombre:
Dirección:	Ciudad: Estado: Código postal:
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Teléfono principal: ()	Teléfono secundario: ()
Correo electrónico:	
Nombre del contacto alternativo:	Teléfono: () Relación con el paciente:
Información del seguro (adjunte copia del frente y el dorso de la(s) tarjeta(s) del seguro)	
Nombre del seguro PRINCIPAL:	Nombre del seguro SECUNDARIO:
Teléfono:	Teléfono:
N.º de identificación de la póliza:	N.º de identificación de la póliza:
N.º de grupo:	N.º de grupo:
Nombre del titular de la póliza:	Nombre del titular de la póliza:
Fecha de nacimiento del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:
Relación con el paciente:	Relación con el paciente:
Diagnóstico y tratamiento	
Diagnóstico del paciente incluyendo el código:	
Régimen posológico prescrito de DALVANCE [®] (dalbavancina) inyectable:	
Primera dosis: _____(mg)	Fecha de la primera dosis: _____/_____/_____
Segunda dosis: _____(mg)	¿Está programada la segunda dosis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, fecha de la segunda dosis: _____/_____/_____
Información del médico:	
Nombre del prescriptor:	Apellido del prescriptor:
Nombre del consultorio/centro:	Especialidad:
Dirección:	Ciudad: Estado: Código postal:
Nombre del contacto en el consultorio:	Teléfono: () Fax: ()
Identificación fiscal del prescriptor:	NPI del prescriptor: NPI de grupo:
Lugar de la administración: <input type="checkbox"/> Consultorio médico <input type="checkbox"/> Hospital (atención ambulatoria) <input type="checkbox"/> Clínica de infusión independiente <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Si el lugar de la administración es diferente a la dirección mencionada anteriormente, complete la siguiente información)	
Nombre del consultorio/centro de administración:	
Nombre del médico administrador:	Apellido del médico administrador:
Dirección:	Ciudad: Estado: Código postal:
Contacto del consultorio de administración:	Teléfono: () Fax: ()
Correo electrónico:	Teléfono móvil: ()
Identificación fiscal del lugar de administración:	NPI del lugar de administración:
Suscripción a mensajes de texto	
<input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto automáticos y recurrentes de Dalvance Connects, incluidas las actualizaciones del servicio, al número de teléfono móvil dado anteriormente. Se pueden aplicar tarifas por mensajes y datos. Mi consentimiento no es una condición para recibir bienes o servicios. Puedo llamar al 1-855-387-2824, opción 4, para obtener ayuda. Puedo enviar un mensaje de texto con la palabra STOP para cancelar la suscripción en cualquier momento. Vea los términos y condiciones completos en el reverso de este formulario y la política de privacidad en https://abbv.ie/corpprivacy	
Farmacia especializada	
¿Le interesa adquirir el medicamento a través de una farmacia especializada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, enumere las farmacias especializadas de su preferencia: _____	

Complete el formulario, fírmelo y envíelo por fax al 1-855-888-7206

Aviso de privacidad

Para obtener información sobre cómo recopilamos y procesamos sus datos personales, incluyendo las categorías que recopilamos, los propósitos de la recopilación y las divulgaciones a terceros, si usted es un paciente, visite: <https://abbv.ie/PrivacyPatient>, y si es un prescriptor, <https://abbv.ie/PrivacyHCP>. Al enviar mi [actualizar según corresponda: Formulario de inscripción en el programa], doy mi consentimiento para que se recopilen, utilicen y divulguen mis datos médicos personales, según se describe en el Aviso de privacidad anterior y en el Aviso de privacidad de AbbVie en la sección "Cómo podemos divulgar sus datos personales". Se requiere mi consentimiento para procesar información personal confidencial bajo determinadas leyes sobre la privacidad, y tengo el derecho de revocar mi consentimiento visitando la sección "Sus opciones de privacidad" en el sitio web de AbbVie. **Si usted es un prescriptor, comparta esta información con su paciente.**

Declaración del médico (se requiere firma para todos los servicios)

Certifico que DALVANCE® es médicamente necesario y se le receta al paciente mencionado según mi criterio clínico independiente. Le he proporcionado esta información al programa operado por Lash Group, un agente de AbbVie, para que pueda coordinar el acceso al tratamiento para mi paciente. Certifico que el paciente mencionado ha autorizado la comunicación y divulgación de la información contenida en este formulario de inscripción con el fin de investigar y resolver cuestiones relacionadas con la cobertura del seguro, la codificación o el reembolso.

Firma del médico (sin sellos):

Nombre (letra de imprenta):

Fecha:

Términos y Condiciones

- El Programa de Ayuda de Copago de Dalvance Connects® solo se puede canjear o utilizar para cubrir los gastos de bolsillo del paciente relacionados con DALVANCE®. Este programa no constituye un seguro.
- El paciente no es elegible si la receta es pagada en parte o en su totalidad por algún programa estatal o federal, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, Medigap, VA, DOD y TriCare, o si el paciente es elegible para beneficios bajo un programa de este tipo. Si en algún momento el paciente comienza a recibir cobertura para medicamentos con receta bajo un programa de atención médica federal, estatal o financiado por el gobierno, ya no será elegible para usar el programa y debe llamar a Dalvance Connects® al 1-855-387-2824 para cesar su participación. El paciente no es elegible para este programa donde esté prohibido por la ley o por el proveedor de seguro médico del paciente. Los pacientes que residen o reciben tratamiento en ciertos estados pueden no ser elegibles.
- Los participantes certifican que no buscarán reembolso o compensación por el valor recibido del Programa de Ayuda de Copago de Dalvance Connects de parte de terceros pagadores.
- El paciente debe entender que se le pedirá su autorización para permitir que el consultorio médico proporcione información personal que puede incluir su nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, así como datos relacionados con su seguro y su tratamiento. Esta información es necesaria para permitir que AbbVie Inc., la empresa que le proporciona DALVANCE, y las empresas que trabajan con AbbVie Inc., incluidos los proveedores y otros afiliados, provean asistencia a través de este programa.
- Sujeto a todos los demás términos y condiciones, la cantidad anual máxima que puede estar disponible únicamente para beneficio del paciente bajo el programa de ayuda de copago es de \$2,000 por año calendario. La aplicación y el uso real del beneficio disponible bajo el programa de ayuda de copago puede variar mensual, trimestral o anualmente dependiendo del plan de seguro individual de cada paciente y otros costos de medicamentos con receta.
- Esta es una oferta sujeta a cambios o interrupción sin previo aviso. Se pueden aplicar restricciones, incluidos los máximos mensuales. No es válido donde esté prohibido por la ley.
- Al enviar esta solicitud, usted reconoce que se han cumplido todos los requisitos de elegibilidad, y entiende y acepta cumplir con los términos y condiciones de esta oferta.
- Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad de AbbVie y sus opciones de privacidad, visite <https://abbv.ie/corpprivacy>