

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

Complete y envíe por fax al 855-557-2480 o por correo electrónico a [CaseManager@seagensecure.com](mailto:CaseManager@seagensecure.com)

Este es 1 de 2 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.

## Información del médico/proveedor

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

## Información del paciente

		<input type="radio"/> Hombre	<input type="radio"/> Mujer		
NOMBRE DEL PACIENTE	SEXO	ESTATURA	PESO	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	ESTADIO	FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO (MM/DD/AAAA)		

¿EL PACIENTE HA RECIBIDO UN TRASPLANTE?

Sí  No

SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ¿EL TRASPLANTE FUE AUTÓLOGO O ALOGÉNICO?

Autólogo  Alogénico

¿ADCETRIS SE UTILIZA COMO TERAPIA DE CONSOLIDACIÓN?

Sí  No

¿QUÉ LÍNEA DE TERAPIA ES ADCETRIS?

\_\_\_\_\_

¿QUÉ RÉGIMENES DE AGENTES PREVIOS HA RECIBIDO EL PACIENTE?

\_\_\_\_\_

DOSIS DE ADCETRIS POR ADMINISTRACIÓN:

\_\_\_\_\_

FRECUENCIA DEL TRATAMIENTO DE ADCETRIS:

Semanalmente  Cada 2 semanas  Cada 3 semanas

Otra: \_\_\_\_\_

Monoterapia  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

SELECCIONE 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 Seagen 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 Seagen deben regirse 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. Seagen 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, Seagen 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 Seagen 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.

Seagen 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 Seagen Inc. o sus agentes.

Tengo conocimiento de que la declaración de privacidad de Seagen, disponible en [www.seagen.com/privacy](http://www.seagen.com/privacy), describe sus prácticas de privacidad, que incluyen cómo puedo ejercer determinados derechos en relación con mis datos.



ADCETRIS y su logotipo son marcas comerciales de Seagen Inc. registradas en los EE. UU.

Seagen Secure y su logotipo, Seagen, y  son marcas comerciales de Seagen Inc. registradas en los EE. UU.

Todas las demás marcas comerciales son las marcas de sus respectivos titulares.

© 2021 Seagen Inc., Bothell, WA 98021. Todos los derechos reservados. US-BVP-21-182-MT