

Formulario de Asistencia Para el Copago* de Fensolvi TotalSolutions[®]

Siga estas instrucciones

- 1 Complete este formulario en su totalidad (incluyendo la firma del cuidador en la segunda página).
- 2 Obtenga una Explicación de Beneficios (EOB) de la compañía de seguros. Un EOB detallado debe incluir el nombre y logotipo de la aseguradora, el nombre del plan, la responsabilidad del paciente, la fecha del servicio y el medicamento identificado por nombre, código J o Código Nacional de Medicamentos (NDC). Si el EOB no contiene esta información, puede enviar en su lugar una factura o reclamación del proveedor que incluya estos detalles.
- 3 Envíe por fax o correo electrónico el Formulario de Asistencia para el Copago y el EOB. La reclamación debe enviarse en un plazo de 6 meses a partir de la fecha del tratamiento.

Información del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE)			GÉNERO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN					N.º DE APARTAMENTO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	Fecha de inyección (requerido) Fecha de administración de Fensolvi [®] el:		
NOMBRE DEL CUIDADOR EN LETRA DE IMPRENTA			RELACIÓN AL PACIENTE		
N.º DE TELÉFONO DEL CUIDADOR			CORREO ELECTRÓNICO DEL CUIDADOR		

Información del médico prescriptor

NOMBRE DEL MÉDICO (APELLIDO, NOMBRE)			N.º DE NPI	N.º DE MÉDICO ASOCIADO
DIRECCIÓN				N.º DE CENTRO/EDIFICIO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	FAX

Información del seguro

Seguro médico primario

COMPAÑÍA DE SEGUROS	TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS
N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO	GRUPO
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	RELACIÓN CON EL SUSCRIPTOR

Seguro primario para medicamentos con receta

FARMACIA BIN	PCN
TELÉFONO	ID DE MIEMBRO DE FARMACIA
GRUPO DE FARMACIA	

Seguro médico secundario

COMPAÑÍA DE SEGUROS	TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS
N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO	GRUPO
NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	RELACIÓN CON EL SUSCRIPTOR

Seguro secundario para medicamentos con receta

FARMACIA BIN	PCN
TELÉFONO	ID DE MIEMBRO DE FARMACIA
GRUPO DE FARMACIA	

* Solo para pacientes elegibles. No es válido para pacientes cubiertos por Medicare, Medicaid, Tricare y otros programas federales de atención médica. Consulte los términos y condiciones en el reverso de la hoja.

Si bien se hace todo lo posible por proporcionar información útil, Fensolvi TotalSolutions no hace ninguna declaración sobre la elegibilidad o garantía de cobertura o reembolso con respecto a cualquier reclamación en particular. Fensolvi TotalSolutions no puede garantizar un resultado exitoso en la obtención de un reembolso del seguro de terceros. La cobertura de terceros y el pago de productos y servicios médicos son complejos y están determinados por varios factores. Es responsabilidad del proveedor establecer y presentar los códigos, cargos y modificadores adecuados por los servicios prestados. Los proveedores deben comunicarse con los pagadores externos para obtener información específica sobre sus políticas de codificación, cobertura y pago. Todos los códigos y reclamaciones utilizados por un proveedor al solicitar un reembolso deben ser exactos, completos y bien documentados en el registro del paciente correspondiente. Todos los servicios deben ser adecuados en el sentido médico. Usted también es responsable de garantizar la seguridad de la transmisión de información a Fensolvi TotalSolutions, así como la seguridad de la información que Fensolvi TotalSolutions le haya transmitido. Fensolvi TotalSolutions no será responsable por ningún robo, pérdida, interceptación o acceso no autorizado a dicha información.

Solicitud de verificación del paciente

Persona que recibirá el reembolso: Paciente Proveedor Otro

Nombre del beneficiario: _____ Teléfono: _____

N.º de identificación del paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Monto solicitado: _____

▶ Firma del paciente/cuidador: _____ Fecha: _____

Verifico que la información que he proporcionado es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Doy mi consentimiento para que Tolmar, Inc. y sus agentes ("Tolmar"), a través de Fensolvi TotalSolutions, compartan mi información de asistencia de copago con mi proveedor de atención médica o farmacia especializada. Acepto que las farmacias correspondientes y otros proveedores de atención médica, así como [y] mis aseguradoras de salud, puedan compartir mi información de salud. Entiendo que Tolmar, mi proveedor de atención médica o mi farmacia especializada pueden comunicarse conmigo para verificar/aclarar los beneficios.

Términos y condiciones del programa de copago de Fensolvi TotalSolutions®

El programa de Asistencia para el Copago de Fensolvi® ("Programa") es válido SOLO para los pacientes a quienes les recetan Fensolvi®, cuyo reembolso lo obtienen exclusivamente de un seguro comercial. El Programa solo es válido en Estados Unidos y será nulo cuando esté prohibido por ley o por el proveedor de seguro médico del paciente. El Programa es intransferible, se limita a uno por persona y no puede combinarse con ninguna otra oferta, como cupones, muestras gratis, descuentos o tarjetas de ahorro en medicamentos con receta. Podrían aplicarse límites o restricciones.

Es posible que los beneficiarios de Medicare, Medicaid, Tricare y otros programas federales de atención médica no puedan participar en este Programa. El Programa tampoco está disponible para los pacientes que pagan en efectivo o cuyo plan comercial les reembolsa el costo total del medicamento con receta. Los pacientes no pueden solicitar al seguro médico ni a ningún tercero el reembolso total o parcial de la asistencia recibida a través de este Programa. El paciente o su tutor tienen la obligación de informar los beneficios o reembolsos que reciban a través del Programa al asegurador, plan de salud o otra tercera parte según corresponda. Este Programa no es un seguro ni tiene como propósito reemplazar el seguro del paciente.

Con el programa, usted paga tan solo \$5 de su copago o coseguro por cada receta de Fensolvi. El resto de su copago o coseguro está cubierto hasta dos recetas por año calendario. El programa ayuda con el costo de Fensolvi únicamente. No ayuda con el costo de otras administraciones, medicamentos, procedimientos o honorarios de visitas al consultorio.

Tolmar, Inc. ("Tolmar") se reserva el derecho de terminar, rescindir, revocar o modificar este Programa en cualquier momento, sin previo aviso. La inscripción en el Programa caduca al final del año calendario en curso, momento en que debe renovarse. Para obtener información completa sobre los términos y condiciones de este Programa, inclusive los límites al uso y al monto de la asistencia, envíe un correo electrónico a FensolviTotalSolutions@apollocare.com.

Programa administrado por Apollo Care en nombre de Tolmar.