

Programa Compassionate Care

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Teléfono: (855) 541-5926 Fax: (919) 415-2870

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE			
Recuerde que para participar en el programa Compassionate Care debe notificarnos de inmediato llamando al (855) 541-5926 si tiene un seguro de algún plan de seguros privado o del gobierno			
NOMBRE		APELLIDO	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Al darnos su dirección de correo electrónico, acepta recibir otros correos del programa Compassionate Care. CORREO ELECTRÓNICO	
TELÉFONO DE SU CASA		TELÉFONO MÓVIL	
DIRECCIÓN POSTAL		CIUDAD	ESTADO
MÉTODO PREFERIDO DE CONTACTO		CÓDIGO POSTAL	
<input type="checkbox"/> Teléfono de su casa <input type="checkbox"/> Teléfono móvil <input type="checkbox"/> Dirección postal <input type="checkbox"/> Correo electrónico		PAÍS	
Indique si usted o su pareja se encuentran en servicio activo para las Fuerzas Armadas de EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí (indique la rama): _____ <input type="checkbox"/> No			
Indique si usted o su pareja son jubilados de las Fuerzas Armadas de EE. UU. <input type="checkbox"/> Sí (indique la rama): _____ <input type="checkbox"/> No			
Si usted es jubilado de las Fuerzas Armadas de EE. UU., adjunte una copia de su DD-214.			
Si no está disponible cuando llamemos, ¿podemos dejarle un mensaje con el nombre del programa Compassionate Care? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

TRATAMIENTO
¿Actualmente se está sometiendo a un tratamiento de fertilidad con un especialista en fertilidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibió un diagnóstico de su médico que indica que usted necesita tecnologías de reproducción asistida (como fertilización in vitro)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez recibió productos a través del programa Compassionate Care? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Me han recetado lo siguiente: <input type="checkbox"/> Cualquier producto Gonal-F® (folitropina alfa para inyección) <input type="checkbox"/> Cetrotide® (acetato de cetrorelix para inyección)
<input type="checkbox"/> Ovidrel® jeringa prellenada (coriogonadotropina alfa para inyección)

ENVÍE POR FAX, CORREO POSTAL O CORREO ELECTRÓNICO SU FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS A:
Fax: (919) 415-2870 Correo postal: The Compassionate Care Program • 6501 Weston Parkway, Suite 370 • Cary, NC 27513
Correo electrónico: enrollments@emdcompassionatecare.com
Necesitaremos saber el ingreso anual ajustado de toda la casa. Se aceptan los siguientes documentos de ingresos para validar sus ingresos:
<input type="checkbox"/> Formulario 1040 <input type="checkbox"/> Formulario 1040, parejas casadas que presentan el formulario por separado <input type="checkbox"/> Formulario 1099
<input type="checkbox"/> Formulario 1040A <input type="checkbox"/> Formulario 1040A (MFS) <input type="checkbox"/> Carta de notificación de pensión
<input type="checkbox"/> Formulario 1040EZ <input type="checkbox"/> Formulario W2/1099R <input type="checkbox"/> Carta de otorgamiento del Seguro Social
¿Cuántas personas viven en su casa?

FIRMA Y AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE:		
Fax: (919) 415-2870 Correo: Compassionate Care Program • 6501 Weston Parkway, Suite 370 • Cary, NC 27513		
Mi firma a continuación certifica que he completado todas las secciones anteriores en su totalidad, de forma precisa, según mi leal saber y entender, y que he leído, entendido y aceptado los términos de este formulario de inscripción y del formulario adjunto de Autorización para usar y divulgar información médica y otra información personal. Me comprometo a informar al programa Compassionate Care si, en cualquier momento, obtengo la cobertura de algún seguro para el tratamiento de la infertilidad. Ninguna unidad de producto recibida según este programa será enviada para reembolso a Medicare, Medicaid, TRICARE, Departamento de Asuntos de Veteranos, Departamento de Defensa, ni a ningún tercero de naturaleza pública o privada, ni se devolverá a cambio de crédito.		
Recuerde que para participar en el programa Compassionate Care debe notificarnos de inmediato llamando al (855) 541-5926 si usted obtiene cobertura de algún plan de seguros privado o del gobierno.		
FIRMA DEL PACIENTE	NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA

CONTACTO EN EL CENTRO ART O NOMBRE DEL SITIO:	
Si corresponde, brinde una dirección de correo electrónico de la persona que administre el programa Compassionate Care en su centro de reproducción asistida (ART).	
CENTRO ART	CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO CompassionateCare@MandellsRx.com
Para recibir asistencia o información adicional, llame al (855) 541-5926, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. (EST).	

Autorización para usar y divulgar información médica y otra información personal

Nombre del paciente _____

Dirección _____

Teléfono de la casa _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Autorizo a mi médico y a su personal a que divulguen mi información médica y otra información personal, como la información en este formulario, entre otras, a EMD Serono, Inc. y a sus agentes y representantes, incluso a cualquier compañía que ayude a administrar el programa Compassionate Care de EMD Serono (colectivamente “EMD Serono”), de manera que EMD Serono pueda utilizar y divulgar también mi información a proveedores de atención médica, farmacias, compañías de seguro, planes de medicamentos recetados y a otros terceros pagadores (colectivamente, “Terceros”) a fin de:

- (1) contactarme por correo postal, correo electrónico o teléfono, para asuntos relacionados con la inscripción en el programa Compassionate Care de EMD Serono y la administración de dicho programa;
- (2) brindarme materiales relacionados con el programa Compassionate Care de EMD Serono;
- (3) verificar la precisión de la información que proporciono en mi solicitud para obtener los beneficios del programa Compassionate Care de EMD Serono;
- (4) llevar a cabo encuestas para medir mi satisfacción con el programa Compassionate Care de EMD Serono.

Además, autorizo a los Terceros a que divulguen mi información médica y otra información personal que posean sobre mí a EMD Serono para ayudar a EMD Serono a lograr los objetivos mencionados anteriormente.

Comprendo que una vez que mi información haya sido divulgada según lo permite esta autorización, no existe garantía de que no sea divulgada a otro tercero. Sin embargo, comprendo que EMD Serono no divulgará mi información a ningún tercero, excepto según se indica en esta autorización o según lo permita la ley correspondiente, sin antes obtener mi consentimiento (o el de mi representante autorizado) por escrito por separado.

US-NON-0314-0032a

EL PACIENTE DEBE FIRMAR EL DORSO DE ESTE FORMULARIO Y ENVIAR POR CORREO O FAX AMBAS PÁGINAS

Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y esto no afectará mi capacidad para recibir productos de EMD Serono, pero sí me impedirá participar en el programa Compassionate Care de EMD Serono.

Comprendo que esta autorización tendrá una vigencia de diez años desde la fecha en que la firme, a menos que la revoque antes enviando notificación escrita a EMD Serono o sus representantes por correo postal a 6501 Weston Parkway, Suite 370, Cary, NC 27513, o por fax al (919) 415-2870. Si revocara esta autorización, EMD Serono dejará de utilizar y divulgar mi información tan pronto como sea posible, pero la revocación no afectará el uso ni la divulgación previos de mi información en conformidad con esta autorización.

Comprendo que los servicios prestados por EMD Serono descritos en esta autorización pueden cambiar en cualquier momento sin previo aviso.

También comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Nombre del paciente (en letra de imprenta): _____

Firma del paciente (o representante personal): _____ Fecha: ____/____/____

Autoridad/vínculo del representante personal (si corresponde): _____

Firma del paciente (o representante personal): _____ Fecha: ____/____/____

Autoridad/vínculo del representante personal (si corresponde): _____