

Gracias por su interés en el Programa de asistencia al paciente de Celgene para Otezla® (apremilast).

El Programa de asistencia al paciente de Celgene para Otezla®, proporciona el medicamento sin costo a los pacientes que cumplen los requisitos específicos de elegibilidad del programa. Complete, firme y envíe este formulario de solicitud para comenzar el proceso de evaluación para la inscripción.

Para evitar retrasos en el procesamiento, se deben completar todos los campos de esta solicitud, que deberá enviar junto con las copias de todos los documentos financieros requeridos. No envíe los documentos originales ya que no se devolverán.

No hay cobertura de recetas para Otezla®	Cobertura de la Parte D de Medicare
Si no tiene cobertura de medicamentos recetados, o el medicamento Otezla no está cubierto por su plan, puede ser elegible para el Programa de asistencia al paciente de Celgene para Otezla. Si es elegible, su inscripción expirará después de doce (12) meses.	Si tiene la Parte D de Medicare, puede ser elegible para el Programa de asistencia al paciente que recibe Otezla, de Celgene. Si es elegible, su inscripción expirará el 31 de diciembre.

Criterios de elegibilidad del programa

Para ser elegible, los pacientes sin seguro, o cuya cobertura de seguro es insuficiente, deben cumplir los siguientes criterios:

- Diagnóstico aprobado por la FDA.
- Ser residente permanente en los Estados Unidos.
- Los beneficiarios elegibles de Medicare deben estar inscritos en un plan de la Parte D de Medicare u otra cobertura válida.
- Los ingresos brutos anuales de la familia deben ser menores o iguales a los indicados en las pautas de ingresos anuales que se presentan a continuación:

Pautas de ingresos anuales*			
Tamaño de la familia	Todos los estados y DC	Hawai	Alaska
1	\$47,520	\$54,680	\$59,360
2	\$64,080	\$73,720	\$80,080
3	\$80,640	\$92,760	\$100,800
4	\$97,200	\$111,80	\$121,52
5	\$113,76	\$130,840	\$142,240
6	\$130,320	\$149,880	\$162,960

*Nota: Los límites de ingresos son 400 por ciento del Nivel de Pobreza Federal (FPL, por sus siglas en inglés) de 2016. Puede visitar www.familiesusa.org/product/federal-poverty-guidelines para obtener información sobre las directrices de Nivel de Pobreza Federal. Las directrices de Pobreza Federal pueden cambiar anualmente.

A fin de comenzar el proceso de solicitud, complete los siguientes pasos:
Proveedor:

- o Complete la sección B de esta solicitud, incluidas las dos (2) firmas requeridas.

Paciente:

- o Proporcione una copia del frente y el reverso de su(s) tarjeta(s) de seguro médico, si corresponde.
- o Complete y firme la sección A de esta solicitud.
- o Proporcione una copia de los formularios de impuestos más recientes para todos los miembros de la familia que contribuyen al ingreso familiar (paciente, cónyuge, concubino(a), etc.). Si no presenta anualmente una declaración de impuestos, debe proporcionar toda la documentación de ingresos aplicable que se indica a continuación para usted y su cónyuge/pareja, en su caso.

• Recibo de sueldo.	• Beneficios de desempleo/beneficios de compensación a los trabajadores.
• Declaración de ingresos de pensión.	• Ayuda del Departamento de Servicios Sociales.
• Seguridad de ingreso suplementario (SSI, Supplemental Security Income).	• Pensión alimenticia.
• Ingreso del seguro social por discapacidad (SSDI, Social Security Disability Income).	• Dividendos, intereses o cuentas de inversión.

- o Si su ingreso ha cambiado significativamente desde el año fiscal anterior y por lo tanto no refleja su situación financiera actual, proporcione una carta en la que se explique cuáles son sus ingresos esperados y cualesquier circunstancias atenuantes.
- o Envíe por fax la solicitud debidamente completada y los documentos requeridos para el Programa de asistencia al paciente de Celgene para Otezla, al 1-844-269-3053. Si no tiene acceso a una máquina de fax, envíe por correo los documentos para el Programa de asistencia al paciente de Celgene para Otezla, a P.O. Box 13185, La Jolla, CA 92039.

Si tiene preguntas acerca de esta solicitud, llámenos al 1-855-554-9168, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.

Nueva Renovación

Sección A: Información para pacientes
► A COMPLETAR POR EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE

Nombre (nombre, apellido) _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Hombre Mujer
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Número de teléfono _____ Correo electrónico _____
 Estado civil: Soltero Casado Viudo ¿Reside en forma permanente en los EE.UU. o sus territorios? Sí No
 ¿Autoriza al personal del Programa de asistencia al paciente de Celgene para Otezla, a dejarle mensajes de voz detallados? Sí No

Información del seguro del paciente

Si el paciente tiene seguro, marque las casillas que correspondan Parte D Medicare Advantage Seguro privado

Medicaid: Rechazado/no elegible (Proporcione la carta de rechazo) No aplicó
 Cobertura pendiente (incluya copias del frente y reverso de las tarjetas de seguro del paciente)

Nombre del seguro primario _____ Póliza # _____
 Grupo # _____ PCN # _____
 Teléfono de la compañía de seguros _____ Nombre del titular (nombre, inicial del segundo nombre, apellido) _____
 El paciente no tiene seguro El paciente tiene un seguro secundario Nombre de la farmacia especializada _____
 Administrador de beneficios de medicamentos (PBM, Pharmacy Benefit Manager) _____ Teléfono del PBM _____
 Rx Member ID _____ Rx PCN (si corresponde) _____
 Rx Group ID _____ Rx BIN (si corresponde) _____

Ingreso del programa de asistencia al paciente

Ingreso bruto anual total de la familia* _____ Tamaño de la familia† _____

*Recuerde incluir los comprobantes de ingresos familiares (1040, 1040EZ, SSI/SSDI, carta notarial, etc.). Si tiene ingresos de \$0, proporcione una explicación y una declaración con respecto a cómo lo están ayudando.

† Número de personas que contribuyen a, o son dependientes de su ingreso familiar.

Certificación y consentimiento del paciente

En la medida necesaria para procesar y administrar mi solicitud del Programa de asistencia al paciente de Celgene para Otezla, en relación con todos los servicios de dicho programa, por la presente estoy de acuerdo:

Al completar esta solicitud, usted está dando autorización a Celgene y sus agentes* dedicados a proporcionar los servicios bajo el Programa de asistencia al paciente de Celgene para Otezla (colectivamente "Celgene"), a obtener determinada información necesaria para evaluar su inscripción en el programa mencionado, y una vez inscrito, proporcionarle OTEZLA sin ningún costo. Esta información personal puede compartirse con médicos y compañías de seguros de salud para brindarle los servicios del programa. Al completar esta solicitud, usted acepta que la información que proporciona es exacta y que no hay ninguna inexactitud con respecto a sus datos de residencia, estado del seguro o ingresos. Usted está obligado a notificar al programa sobre los cambios en el seguro o cambios financieros que puedan tener impacto en su elegibilidad para el programa. Usted proporcionará de inmediato al Programa de asistencia al paciente de Celgene para Otezla, toda la documentación e información requeridas por el programa para verificar la exactitud de su elegibilidad, incluida toda la documentación relativa a su nivel de ingresos, situación financiera, estado del seguro y condición médica. Su inscripción al Programa de asistencia al paciente de Celgene para Otezla, podría cancelarse si no cumple con nuestra solicitud de cualquier documentación.

Entiendo que el Programa de asistencia al paciente de Celgene para Otezla, y sus agentes requerirán solo la información necesaria para procesar y administrar esta solicitud, y que no revelarán la información que obtengan, excepto cuando sea necesario para este propósito o lo exija la legislación aplicable.

*Agentes pueden incluir proveedores de servicios de reembolso de terceros.

Por este medio, represento, acepto y certifico lo siguiente: (a) la información médica y del seguro incluida en este formulario se proporciona con mi consentimiento, (b) la información que contiene esta solicitud es completa y exacta, a mi leal saber y entender, (c) entiendo que si la cobertura de mi plan de medicamentos con receta cambia o si mi estado financiero cambia, ya no puedo ser elegible bajo este programa, y notificaré sin demora al Programa de asistencia al paciente de Celgene para Otezla, sobre dichos cambios, (d) en el caso de que sea elegible para recibir un beneficio a través de un programa federal, estatal o privado que puede efectuar un reembolso por el medicamento solicitado, notificaré al Programa de asistencia al paciente de Otezla, de Celgene, y entiendo que ya no puedo ser elegible para recibir la asistencia, (e) a solicitud del Programa de asistencia al paciente de Celgene para Otezla, o sus de agentes/representantes, proporcionaré documentación incluida, entre otros, los registros financieros personales, para verificar la información contenida en esta solicitud, (f) entiendo que si hay una determinación en cualquier momento en cuanto a que ya no soy elegible para este programa, Celgene puede interrumpir de inmediato cualquier tipo de asistencia provista bajo este programa, y (g) notificaré al Programa de asistencia al paciente de Celgene para Otezla, sobre cualquier error con respecto a lo anterior, y haré todo lo posible para corregir dichos errores.

Firma del paciente _____ **Fecha (MM/DD/AAAA)** _____ / _____ / _____

Representante del paciente (EN LETRA DE IMPRENTA) _____ **Fecha (MM/DD/AAAA)** _____ / _____ / _____

(Si está firmado por el representante del paciente, envíe por fax la documentación del poder notarial).

Nueva Renovación

Sección B: Diagnóstico del paciente e información del médico prescriptor ► A COMPLETAR POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del paciente (nombre, apellido) _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

- Diagnóstico primario/ICD-10-CM: L40.50 (artritis psoriásica, no se especifica) L40.59 (otra artropatía psoriásica)
 L40.51 (artropatía psoriásica interfalángica distal) L40.0 (psoriasis en placas) % de superficie corporal (BSA) afectada ____
 L40.52 (artritis psoriásica mutilante) L40.8 (otra psoriasis) % de BSA afectada ____
 L40.53 (espondilitis psoriásica) L40.9 (psoriasis, no se especifica) % de BSA afectada ____

Nombre del médico (nombre, apellido) _____ N.º NPI _____ N.º de identificación fiscal _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre de contacto en el consultorio _____ Correo electrónico _____

Teléfono y extensión _____ N.º de fax _____

Mejor horario para contactarlo/a: Mañana Tarde Noche

Información de la receta ► A COMPLETAR POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA
RECETA DE OTEZLA (apremilast) PARA USO ORAL: SELECCIONE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN
Receta de Otezla*, Starter Pack – envase inicial (ajuste de la dosis)

ENVASE INICIAL PARA 4 SEMANAS

28 días 55 comprimidos 0 resurtidos

(o)

EL MÉDICO PRESCRIBIÓ AL PACIENTE LA MUESTRA DEL ENVASE INICIAL PARA 2 SEMANAS

14 días 27 comprimidos 0 resurtidos

Fecha suministrada ____ / ____ / ____

Información adicional _____

*La receta del envase inicial (ajuste de la dosis) es solo para los pacientes que no recibieron la muestra de ajuste de la dosis durante su visita al consultorio.

Receta de mantenimiento: 30 mg de Otezla La farmacia especializada de Covance notificará al paciente por teléfono antes de cada envío.

90 DÍAS DOS VECES POR DÍA (dosis diaria recomendada)

(o)

UNA VEZ POR DÍA (para pacientes con insuficiencia renal)

RESURTIDOS: 3 Otra cantidad (ingrese el número) _____

Instrucciones especiales _____

AUTORIZACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR*

Al firmar este formulario START certifico que he recibido Otezla (apremilast) en función de mi juicio profesional sobre la necesidad médica y que supervisará el tratamiento médico del paciente. Autorizo la divulgación de la información médica, u otra, del paciente en relación con la terapia con Otezla, a Celgene, y sus agentes[†] comprometidos en la prestación de servicios bajo el Programa de asistencia al paciente de Celgene para Otezla (colectivamente, "Celgene"), y a los proveedores de servicios de Celgene (incluidos, entre otros, la farmacia especializada de Covance y las farmacias que distribuyen Otezla) para usar y divulgar, si fuera necesario para el cumplimiento de la prescripción, y proporcionar toda la información en este formulario para la compañía de seguros del paciente indicado anteriormente.

Firma del médico prescriptor (dispensar tal como se prescribe) _____ Fecha ____ / ____ / ____

Firma del médico supervisor y fecha (en su caso) _____ Fecha ____ / ____ / ____

No se aceptan sellos con firma. * Si lo exige la legislación aplicable, adjunte copias de todas las recetas a los formularios oficiales estatales para surtir recetas.

[†]Agentes pueden incluir proveedores de servicios de reembolso de terceros.

Por este medio, represento, acepto y certifico lo siguiente: (a) he obtenido de mi paciente todas las autorizaciones necesarias para divulgar al Programa de asistencia al paciente de Celgene para Otezla®, y sus representantes/agentes toda la información del paciente necesaria para esta solicitud, inclusive, entre otros, la información médica y financiera de mi paciente, (b) entiendo que esta información es para uso exclusivo de Celgene a fin de evaluar la elegibilidad del paciente para su participación en el Programa de asistencia al paciente de Celgene para Otezla, (c) no he recibido ni buscaré o aceptaré reembolsos por cualquier medicamento provisto para mi paciente en el Programa de asistencia al paciente de Celgene para Otezla, (d) entiendo que si el estado financiero o del seguro de mi paciente cambia, este puede ya no ser elegible en el marco de este programa, y notificaré al Programa si tomara conocimiento de cualquiera de esos cambios, (e) entiendo que no tengo obligación de prescribir un medicamento de Celgene y no he recibido y no recibiré ningún beneficio de Celgene por prescribir un medicamento de Celgene, (f) la información que contiene este formulario es completa y exacta, a mi leal saber y entender, y (g) notificaré al Programa de asistencia al paciente de Celgene para Otezla, de cualquier error con respecto a lo expuesto, y haré todo lo necesario para corregir esos errores.

FIRMA DEL MÉDICO PRESCRIPTOR _____ Fecha ____ / ____ / ____

No se aceptan sellos con firma.