

Formulario de Inscripción en el Programa Kadmon ASSIST™

Instrucciones y Descripción de los Servicios

Nota: Si necesita información o asistencia adicional, póngase en contacto con Kadmon ASSIST para que se evalúen los servicios que pueden ser necesarios y los pasos que se deben seguir.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS

Benefits Investigation: Kadmon ASSIST se comunicará con la compañía de seguros del paciente para obtener información sobre la cobertura, los beneficios para el paciente y los requisitos de autorización previa (PA, por sus siglas en inglés). *Complete las secciones 1 a 3 y 5 a 8 cuando solicite este servicio y adjunte una copia de la tarjeta del seguro/Medicare/Medicaid del paciente (anverso y reverso).*

Prior Authorization Support: Kadmon ASSIST se comunicará con la compañía de seguros del paciente para recopilar información y los requisitos de PA y para hacer un seguimiento del estado de cualquier PA enviada por un profesional sanitario o una farmacia. *Complete las secciones 1 a 3 y 5 a 8 cuando solicite este servicio.*

Quick Start Program: El Quick Start Program entrega una provisión gratuita para 30 días de REZUROCK® (belumosudil) a los pacientes elegibles que sufren una demora en la decisión de cobertura para su primera receta de REZUROCK. Si se le ha denegado una PA presentada, el paciente es elegible para Quick Start al recibir la denegación de la PA. Se debe proporcionar una prueba de denegación. *Complete las secciones 1 a 3 y 5 a 8 cuando solicite este servicio.*

Patient Assistance Program (PAP): Kadmon ASSIST proporcionará medicamentos gratis a los pacientes elegibles para un máximo de 12 meses. Se requiere una prueba de ingresos. *Complete las secciones 1 a 9 cuando solicite este servicio. La Sección 10 es opcional; sin embargo, si no se proporciona el consentimiento en esta sección, se requiere una prueba adicional de ingresos.*

Bridge Program: El Bridge Program entrega una provisión gratuita de 30 días de REZUROCK a pacientes elegibles con seguro comercial que se enfrentan a una interrupción de su cobertura de seguro. *Complete las secciones 1 a 3 y 5 a 8 cuando solicite este servicio.*

Commercial Co-Pay Savings Program: Ahorro en copagos para pacientes elegibles con seguro privado o comercial. *Complete las secciones 1 a 3 y 5 a 8 cuando solicite este servicio.*

Product Delivery Coordination: Kadmon ASSIST le ayudará a identificar una farmacia especializada dentro de la red REZUROCK y a coordinar el envío del producto a la dirección que prefiera.

Nurse Adherence Calls: El personal de enfermería de **Kadmon ASSIST** puede ayudar a los pacientes a que entiendan más sobre su enfermedad y su tratamiento con REZUROCK para ayudarles a que tengan un buen comienzo.

INSTRUCCIONES DE INSCRIPCIÓN

- Complete todas las secciones correspondientes del Formulario de Inscripción en el Programa **Kadmon ASSIST**.
- Asegúrese de que todos los campos de firma del profesional médico y del paciente pertinentes estén completos.

a. Los siguientes campos son obligatorios para el paciente:

- Nombre Completo del Paciente
- Género del Paciente
- Número de Teléfono del Paciente
- Información del Seguro del Paciente (si procede)
- Fecha de Nacimiento del Paciente
- Dirección Particular, Ciudad, Estado y Código Postal del Paciente
- Consentimiento de Autorización del Paciente
- Ingresos en el Hogar del Paciente (solo aplicable al PAP; se requiere prueba de ingresos)
- Cantidad de Personas en el Hogar del Paciente (aplicable únicamente al PAP)

b. Los siguientes campos son obligatorios para el médico prescriptor:

- Nombre Completo del Médico Prescriptor
- Número de Fax del Médico Prescriptor
- Número NPI del Médico Prescriptor
- Código de la ICD-10 del Paciente
- Número de Teléfono del Médico Prescriptor
- Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal del Médico Prescriptor
- Firma y Fecha de la Declaración del Médico Prescriptor
- Información Clínica y de Prescripción del Paciente

Nota: Se requiere el Consentimiento de Autorización del Paciente para inscribir al paciente en servicios de programas de apoyo como PAP, Quick Start, Bridge y Nurse Adherence Calls. Si se recibe la Firma y la Fecha del Médico Prescriptor, no es necesario el Consentimiento de Autorización del paciente para proceder con Benefits Investigation o Prior Authorization Support, para comunicarse con el médico prescriptor con respecto a los beneficios del paciente o para transferir una receta a una farmacia especializada.

- Envíe por fax el Formulario de Inscripción en el Programa **Kadmon ASSIST** completado y toda la documentación requerida a **Kadmon ASSIST** al **1-833-635-1481**.

CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE: La confidencialidad de los pacientes tiene una importancia primordial para nosotros. Toda la información del paciente será confidencial.

RECORDATORIO IMPORTANTE: Asegúrese de que todas las páginas correspondientes del Formulario de Inscripción en el Programa **Kadmon ASSIST** estén completadas e incluyan toda la documentación apropiada al enviar este formulario. Los formularios incompletos demoran el proceso de revisión y, en algunos casos, pueden requerir que el profesional médico vuelva a solicitar los programas.

Formulario de Inscripción en el Programa Kadmon ASSIST™

1. SERVICIOS SOLICITADOS (Marque todas las opciones que correspondan. Consulte la página 1 para obtener una descripción de los servicios disponibles.)

- Benefits Investigation Prior Authorization/Appeals Support Quick Start Bridge
 Patient Assistance Program (PAP) Commercial Co-Pay Savings Program Product Delivery Coordination

Nurse Adherence Calls (SELECCIONE UNA):

- SÍ:** El paciente debe recibir llamadas de cumplimiento de un enfermero del programa.
 NO: El paciente no debe recibir llamadas de cumplimiento de un enfermero del programa.

Si marcó **SÍ**, seleccione el método de contacto preferido: Teléfono Particular del Paciente Teléfono Celular del Paciente Teléfono del Representante Autorizado

2. INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente (Nombre y Apellido):

Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA):

Género: Hombre Mujer

Dirección de casa:

Ciudad:

Estado:

C.P.:

Teléfono Fijo del Paciente:

Teléfono Celular del Paciente:

Teléfono del Trabajo del Paciente:

Correo Electrónico del Paciente:

Método de Contacto Preferido: Fijo Celular Trabajo Texto Correo electrónico

Representante Autorizado:

Relación con el Paciente: Paciente Representante Autorizado Cuidador

Teléfono del Representante Autorizado:

¿Es el Paciente Residente de EE. UU. o de un Territorio de EE. UU.?: Sí No

Correo Electrónico del Representante Autorizado:

3. INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL PACIENTE (Adjunte una copia de la tarjeta del seguro/Medicare/Medicaid del paciente, anverso y reverso, si está disponible. Si solicita la prestación de Quick Start porque ya se recibió la denegación de la PA, adjunte una copia de la prueba de denegación para acelerar el proceso.)

¿Tiene el paciente seguro médico?: Sí No

Tipo de Seguro: Comercial Gobierno Otro

Proveedor de Seguro Médico Principal:

N.º de Identificación:

N.º de Grupo:

Nombre del Beneficiario/Titular de la Tarjeta:

Teléfono del Seguro:

Proveedor de Seguro Médico Secundario:

N.º de Identificación:

N.º de Grupo:

Nombre del Beneficiario/Titular de la Tarjeta:

Teléfono del Seguro:

Proveedor de Seguro de Medicamentos Recetados:

N.º de Identificación:

N.º de Grupo:

4. INFORMACIÓN FINANCIERA DEL PACIENTE (Obligatorio únicamente si solicita el Patient Assistance Program [PAP]. Se requiere una prueba de ingresos.)

Situación Laboral: Empleado Desempleado

Ingresos Anuales Actuales del Hogar: \$

Cantidad de Personas en el Hogar:

Si no hay ingresos del hogar, indique cómo se sustenta el paciente/hogar:

Formulario de Inscripción en el Programa Kadmon ASSIST™

5. INFORMACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR (El Contacto del Consultorio será el contacto para todas las preguntas relacionadas con el Formulario de Inscripción.)

Nombre del Médico Prescriptor (Nombre y Apellido):		Número NPI del Médico Prescriptor:	
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	C.P.:
Teléfono Principal:		Teléfono Secundario:	
Fax:		Número de Licencia Estatal del Médico Prescriptor:	
Nombre del Contacto en el Consultorio:		Teléfono de Contacto en el Consultorio:	
Correo Electrónico:		Método de Contacto Preferido: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo electrónico	
Médico Supervisor (si es necesario):		Teléfono del Médico Supervisor (si es necesario):	

6. INFORMACIÓN CLÍNICA Y DE LA RECETA (Complete toda la información de la receta debajo para evitar cualquier posible demora.)

Nombre del Paciente (Nombre y Apellido):		Fecha de Nacimiento del Paciente (MM/DD/AAAA):	
Diagnóstico Principal (código ICD-10):		Diagnóstico Secundario (código ICD-10):	
Medicamentos Actuales:			
Tratamiento Anterior:			
Alergias:			
Fecha Prevista de Inicio del Tratamiento (MM/DD/AAAA):		Método de Distribución Preferido: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Consultorio del Médico Prescriptor <input type="checkbox"/> Farmacia Institucional	
Dirección de Envío:			
Farmacia Especializada Preferida: <input type="checkbox"/> McKesson Biologics <input type="checkbox"/> Onco360 <input type="checkbox"/> Amber Specialty Pharmacy <input type="checkbox"/> Sin preferencia <input type="checkbox"/> Receta Devuelta por Fax a la Farmacia Institucional			
Nombre/Información de Contacto de la Farmacia en el Consultorio: _____			
REZUROCK® (belumosudil) 200 mg comprimidos			
Instrucciones: _____		Cantidad: _____ Reposiciones: _____	
Nombre y Apellido del Médico Prescriptor (en letra de imprenta):			
Firma del Médico Prescriptor:			Fecha:

7. DECLARACIÓN DEL MÉDICO PRESCRIPTOR (SE REQUIERE LA FIRMA)

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información del paciente y del médico contenida en este Formulario de Inscripción en el Programa Kadmon ASSIST está completa y es precisa. Receté REZUROCK y certifico que el paciente necesita este medicamento recetado es necesario por razones médicas. Certifico que supervisaré los tratamientos del paciente y verificaré que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada sea completa y precisa. Certifico que recibí el permiso apropiado del paciente y que cumplí con cualquier otro requisito aplicable impuesto en virtud de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 y/o las leyes estatales necesario para ceder la información anterior a Kadmon ASSIST con el fin de verificar la cobertura de seguro del paciente, buscar autorización previa, si fuera necesaria, en nombre de mi paciente, y proporcionar información sobre apelaciones por denegaciones de reclamaciones. Doy mi consentimiento para que Kadmon ASSIST se comunique conmigo por fax, correo postal o correo electrónico para proporcionar información adicional sobre REZUROCK o Kadmon ASSIST. Entiendo que Kadmon ASSIST puede modificar, cambiar o finalizar cualquier servicio del programa en cualquier momento sin previo aviso. Autorizo el envío de esta receta a una farmacia especializada que despache a mi nombre y al del paciente. Entiendo que ni yo ni el paciente podemos solicitar el reembolso de ningún medicamento gratuito recibido en virtud del PAP de Kadmon ASSIST y que mi equipo informó al paciente de este requisito.

Al firmar a continuación (obligatorio), he leído y acepto lo expresado en la **sección 7. Declaración del médico prescriptor.**

(NOTA: Las solicitudes del Formulario de Inscripción en el Programa Kadmon ASSIST no pueden procesarse sin la declaración firmada del médico prescriptor. Se requiere la firma real del médico prescriptor, no un sello de firma.)

Nombre y Apellido del Médico Prescriptor (en letra de imprenta):	
Firma del Médico Prescriptor:	Fecha:

Formulario de Inscripción en el Programa Kadmon ASSIST™

8. AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD DEL PACIENTE (SE REQUIERE LA FIRMA para inscribir al paciente en servicios del programa de apoyo como PAP, Quick Start, Bridge y Nurse Adherence Calls).

Entiendo que, antes de recibir asistencia de **Kadmon ASSIST**, patrocinado por Kadmon Pharmaceuticals, LLC ("Kadmon"), los administradores de **Kadmon ASSIST**, incluidos sus contratistas u otros representantes, deberán obtener, revisar, usar y divulgar mi información médica personal ("PHI", por sus siglas en inglés), incluida la información relacionada con mi afección médica y medicamentos recetados y la información incluida en este Formulario de Inscripción en el Programa **Kadmon ASSIST**. Por lo tanto, autorizo a cada uno de mis médicos, farmacias y planes de salud a divulgar mi PHI, según sea necesario, a (i) los administradores de **Kadmon ASSIST** y sus contratistas o representantes, a fin de verificar mi elegibilidad para inscribirme en **Kadmon ASSIST** y para inscribirme en **Kadmon ASSIST**, si soy elegible; y (ii) los administradores de **Kadmon ASSIST** y sus contratistas o representantes para investigar la cobertura de seguro en relación con **Kadmon ASSIST**. También autorizo a los administradores de **Kadmon ASSIST** y a sus respectivos contratistas o representantes a (i) utilizar mi PHI para proporcionar los servicios descritos en este formulario de inscripción, lo que incluye comunicarse conmigo por correo postal, teléfono, mensaje de texto o correo electrónico de EE. UU. y preparar resúmenes que no incluyan mi PHI con fines estadísticos; y (ii) compartir mi PHI entre ellos y con mis médicos y farmacéuticos, así como con Medicare, mis planes de salud y sus administradores, contratistas o representantes, para que coordinen mis beneficios e investiguen mi cobertura de seguro. También autorizo a los administradores de **Kadmon ASSIST** y a sus contratistas, representantes o socios de servicios externos a revelar mi PHI a los representantes autorizados de Kadmon según sea necesario para garantizar el cumplimiento de las reglas de **Kadmon ASSIST**. También autorizo a los representantes autorizados de Kadmon a usar mi PHI para comunicarse con los administradores de **Kadmon ASSIST**, sus contratistas, representantes o socios de servicios externos, mis médicos, farmacias y conmigo para fines de cumplimiento. Si designé a un representante autorizado, autorizo a **Kadmon ASSIST**, sus administradores y sus socios de servicio externos a usar mi PHI para comunicarse con la persona que designé como mi representante autorizado con el fin de verificar la información que proporcioné en este formulario y/o coordinar la provisión de beneficios que puedan estar disponibles para mí en virtud de **Kadmon ASSIST** y a revelar mi PHI, incluida la información proporcionada en este formulario de inscripción, a mi representante autorizado para los fines descritos en este párrafo. Entiendo que la PHI que se revele de conformidad con esta autorización, una vez divulgada, podría no regirse por las leyes federales de privacidad y podría estar sujeta a una nueva divulgación. Entiendo, además, que si opto por no otorgar esta autorización, ello no afectará a mi elegibilidad para (ni la recepción de) tratamiento, incluidos los productos de Kadmon, o beneficios de seguro médico, pero que no podré recibir asistencia de **Kadmon ASSIST**. Reconozco que mi PHI puede utilizarse con fines de promoción y que mis proveedores de cuidado de la salud (incluidas mis farmacias) pueden recibir un pago por divulgar mi PHI. Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento llamando por teléfono a **Kadmon ASSIST** al 1-844-KADMON1 (523-6661) o enviando por correo una solicitud de cancelación por escrito a **Kadmon ASSIST**, PO Box 5266, Louisville, KY 40255. Entiendo que la cancelación de mi autorización significará que mis médicos, farmacias y planes de salud, así como **Kadmon ASSIST**, sus administradores y contratistas y representantes, ya no podrán basarse en la autorización para usar o divulgar mi PHI, pero que cualquier uso o divulgación de dicha información que se produzca antes de recibir mi cancelación no se verá afectado por mi cancelación.

Entiendo que, si no cancelo esta autorización, la autorización vencerá **18 meses** después de la fecha de la firma (o el período máximo permitido por las leyes estatales aplicables, si es inferior a 18 meses). Los administradores de **Kadmon ASSIST** conservarán la información que he presentado de conformidad con la política de retención de registros de Kadmon. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización una vez firmada.

Al firmar, certifico que leí y acepto la anterior Autorización de privacidad del paciente.

Nombre y Apellido del Paciente (en letra de imprenta):

Relación con el Paciente: Paciente Representante Autorizado Cuidador

Firma del Paciente/Representante Autorizado/Cuidador:

Fecha:

9. CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE PARA LOS SERVICIOS DE APOYO DEL PAP (SE REQUIERE LA FIRMA PARA EL PAP)

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud, incluida la información sobre los ingresos del hogar, es completa y precisa. Entiendo que la asistencia del Patient Assistance Program ("PAP") de **Kadmon ASSIST** se dará por terminada si el PAP toma conocimiento de algún fraude o si este medicamento ya no se me receta. Entiendo que completar esta solicitud no garantiza que reúna los requisitos para la asistencia al paciente. Certifico que no buscaré reembolso ni crédito por esta receta de ninguna aseguradora, plan de salud o programa gubernamental. Si soy afiliado de un plan de la Parte D de Medicare, no intentaré que la receta ni ningún costo asociado a ella se computen como parte de mi gasto de desembolso personal por medicamentos recetados. Entiendo que, si reúno los requisitos para recibir un medicamento gratis, será por un **año consecutivo** y, en caso de necesitar asistencia en años futuros, debo volver a solicitar la asistencia del PAP de **Kadmon ASSIST**. Entiendo que el PAP de **Kadmon ASSIST** se reserva el derecho de modificar el formulario de solicitud, modificar o interrumpir este programa o dar por terminada la asistencia en cualquier momento y sin previo aviso. Autorizo al PAP de **Kadmon ASSIST** y a sus afiliados a enviar la receta a una farmacia de despacho en mi nombre. El PAP de **Kadmon ASSIST** no es responsable de verificar ninguna información contenida en la receta enviada como parte del proceso de inscripción, lo que incluye, entre otras cosas, alergias, afecciones médicas u otros medicamentos que yo esté tomando. Entiendo que notificaré al PAP de **Kadmon ASSIST** de inmediato si algo cambia en mi receta, mis ingresos o mi cobertura de seguro. Entiendo que el PAP de **Kadmon ASSIST** se reserva el derecho de solicitar documentación para verificar la información proporcionada en esta solicitud con el fin de determinar mi elegibilidad para recibir asistencia y para realizar auditorías periódicas de mi inscripción, incluido el médico que supervisará mi tratamiento, para verificar la información proporcionada en este documento. Entiendo que puedo darme de baja de la asistencia del PAP de **Kadmon ASSIST** notificando a **Kadmon ASSIST** al 1-844-KADMON1 (523-6661). Entiendo que la asistencia recibida a través del Patient Assistance Program de **Kadmon ASSIST** no es un seguro.

Entiendo que si soy elegible o estoy inscrito en un plan Medicare:

a) Recibiré el medicamento solicitado del Patient Assistance Program de **Kadmon ASSIST** (administrado por RxCrossroads Pharmacy) durante el resto del año calendario de inscripción para el cual se aprobó mi solicitud, y no solicitaré el medicamento solicitado a mi plan de Medicare durante el resto del año calendario de inscripción.

b) No buscaré el crédito por desembolso personal real (TrOOP, por sus siglas en inglés) por ningún medicamento recibido del Programa porque entiendo que el medicamento recibido del Programa no se contabilizará para mi TrOOP.

c) Aceptaré notificar a mi plan de Medicare que recibiré mi medicamento Kadmon gratis hasta el final del año a través del Programa. Entiendo que **Kadmon ASSIST** también notificará a mi plan de Medicare sobre mi aprobación en el PAP.

Con mi firma, certifico que tengo al menos dieciocho (18) años de edad y que he leído y acepto la mencionada certificación del paciente y los términos y condiciones del Patient Assistance Program de **Kadmon ASSIST**. Con mi firma, también certifico que toda la información que he proporcionado en esta solicitud es completa y precisa.

Nombre y Apellido del Paciente (en letra de imprenta):

Relación con el Paciente: Paciente Representante Autorizado Cuidador

Firma del Paciente/Representante Autorizado/Cuidador:

Fecha:

Formulario de Inscripción en el Programa Kadmon ASSIST™

10. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE SEGÚN LA LEY DE INFORMES IMPARCIALES DE CRÉDITO (FIRMA OPCIONAL PARA EL PAP. Si no se proporciona el consentimiento en esta sección, se requiere una prueba adicional de ingresos.)

Estoy proporcionando al programa "instrucciones por escrito" en virtud de la Ley de Informes Imparciales de Crédito al programa, incluidos sus agentes, administradores y proveedores de servicios, autorizando al programa a obtener información de mi perfil de crédito y/u otra información de Experian Health. Autorizo a **Kadmon ASSIST**, incluidos sus agentes, administradores y proveedores de servicios, a obtener dicha información únicamente para determinar mi elegibilidad para participar en el programa. Entiendo que este es una verificación de crédito blanda, lo cual no afectará mi puntuación de crédito, ya que no se adjunta a una solicitud específica de crédito.

Nombre y Apellido del Paciente (en letra de imprenta):

Relación con el Paciente: Paciente Representante Autorizado Cuidador

Firma del Paciente/Representante Autorizado/Cuidador:

Fecha:

11. MENSAJES DE TEXTO Y CORREO ELECTRÓNICO PARA LA ACEPTACIÓN DEL PACIENTE

Con mi firma, acepto ser contactado por correo electrónico en la dirección que proporcioné o recibir mensajes telefónicos o de texto ("textos") en el número de teléfono celular que proporcioné con el fin de ayudarme/ayudar al paciente a seguir el tratamiento, lo que puede promocionar o publicitar a **REZUROCK® (belumosudil)**. Certifico que el número que proporciono es mío y no de un familiar o tercero. Entiendo que puedo optar por no recibir comunicaciones individuales del programa en cualquier momento llamando al **1-844-KADMON1 (523-6661)**, haciendo clic en el enlace de correo electrónico en un mensaje recibido o respondiendo "STOP" por texto a cualquier texto de **Kadmon ASSIST**. **Kadmon ASSIST** no venderá ni alquilará esta información y solo la utilizará de conformidad con esta autorización y consentimiento. El consentimiento para recibir comunicaciones por correo electrónico, teléfono o mensajes de texto no es una condición para participar en los programas ni para la compra de productos o servicios. Entiendo que pueden aplicarse tarifas de mensajes de texto y datos de mi compañía de telefonía celular. Esta autorización tiene una validez de **18 meses** a partir de la fecha de la firma del formulario. Si doy este consentimiento en nombre de otra persona, certifico que estoy autorizado a aceptar todos los elementos de este consentimiento en nombre de esa persona, y acepto que seré responsable y mantendré indemne a Kadmon Pharmaceuticals, LLC en caso de que esa persona alegue que no dio su consentimiento.

Nombre y Apellido del Paciente (en letra de imprenta):

Relación con el Paciente: Paciente Representante Autorizado Cuidador

Firma del Paciente/Representante Autorizado/Cuidador:

Fecha:

Envíe por fax el formulario completado al **1-833-635-1481**. Para conocer todos los detalles del programa, visite **KadmonASSIST.com** o llame al **1-844-KADMON1 (523-6661)**.

Haga clic aquí para ver la Información de Prescripción completa de REZUROCK. [Inglés](#) [Español](#)