



FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN

Nexavar **no** estara disponible en farmacias de comunidad o de cadena.

Nexavar puede obtenerse a través del Programa REACH (Recursos para la Línea de Asistencia y Cuidados Expertos);

Use los formularios adjuntos para inscribir a sus pacientes en REACH.

- Complete el formulario de inscripción, **incluyendo la elaboración de la receta en el formulario**. Consulte las instrucciones que aparecen a continuación.
- Firme el formulario en el espacio indicado debajo de la “Declaración del médico.”
- Pídale a su paciente que firme el formulario en el espacio que aparece debajo de la “Declaración del paciente.”
- Envíe el formulario vía fax al **1-866-639-5181**.

1 Esta sección solicita información de contacto básica. El número de licencia estatal del médico es necesario para poder realizar el envío del producto. Asimismo, el número de identificación fiscal es necesario para verificar los beneficios y poder así procesar el envío.

2 Para los médicos que realizan los envíos desde su consultorio, deberán mencionar los números de proveedor de las compañías aseguradoras primaria y secundaria, así como su número de identificación fiscal. Cuando un Asesor del Programa REACH llama a los planes de seguro para verificar los beneficios del paciente para Nexavar, generalmente se solicitan estos números antes de que el plan de seguro revele la información de beneficios del paciente.

3 Indique el diagnóstico del paciente y su correspondiente código ICD-9. Usualmente, éste es un requisito solicitado por un plan de seguro al momento de la verificación de los beneficios del paciente.

4 El médico debe redactar la receta de Nexavar aquí en el formulario de inscripción, así como firmar la Declaración del médico. Asegúrese de que la parte “fir” esté llena antes de enviarla por fax. El Asesor del Programa REACH reenviará la información de receta a la farmacia especializada apropiada para coordinar el envío del producto.

Programa REACH (Recursos para la Línea de Asistencia y Cuidados Expertos) de Nexavar
 PO Box 220765
 Charlotte, NC 28222-0765
 Teléfono: 1.866.NEXAVAR (1.866.639.2827)
 Fax: 1.866.639.5181

Formulario de inscripción
 Complete cada sección de la manera más detallada posible y devuelva este formulario de inscripción confidencial a REACH. Si un artículo no aplica en su caso, escriba "N/A" sobre la línea.

1 Información del médico

Nombre del médico: _____
 Nombre del centro/unidad: _____
 Dirección: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Ciudad: _____
 Contacto en oficina: _____ Teléfono: _____
 Fax: _____ Mejor hora para llamar: _____
 Núm. de licencia estatal: _____
 Núm. de identificación fiscal: _____

2 Información del médico que realiza el despacho desde el consultorio*
 (*Complete esta sección únicamente si el médico hace el despacho en el consultorio)
 Núm. del proveedor pagador específico (seguro primario): _____
 Núm. del proveedor pagador específico (seguro secundario): _____
 Núm. de identificación fiscal: _____

3 Información sobre el diagnóstico del paciente
 Código de diagnóstico/ICD-9 del paciente: _____

4 Receta médica
 La información de la cobertura del seguro (o de que el paciente apruebe recibir asistencia a través del Programa REACH de Nexavar), se enviarán los medicamentos a través de un proveedor farmacéutico especializado al domicilio del paciente (mencionado en la parte superior derecha), a menos que el practicante indique lo contrario:

Nombre del paciente: _____
 Nombre del producto: NEXAVAR tabletas de 200 mg
 Suministrado como: 120 tabletas por frasco (suministro de 30 días)
 (Dosis recomendada: 400 mg dos veces al día)
 Dosis: _____ Fr: _____
 Cantidad: _____
 Reposición(es): _____ Núm. DEA: _____ Fecha: _____

Declaración del médico
 He verificado que la información tanto del médico como del paciente incluida en este formulario de inscripción es a mi juicio fiel y completa, y que he notado NEXAVAR con base en mi juicio profesional de necesidad médica. Autorizo a Bayer y Onyx, y a sus compañías afiliadas o subcontratistas, a reenviar esta receta a una farmacia de despacho en representación mía y de mi paciente.

Firma del médico: _____
 Fecha: _____

5 Información del paciente

Nombre del paciente: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Fecha de nacimiento: _____ NSS: _____
 Teléfono durante el día: _____
 Teléfono durante la noche: _____ Mejor hora para llamar: _____
 ¿Alguna vez ha participado en una prueba clínica de sorafenib? SÍ NO
 Estudio de sorafenib para carcinomas avanzados en células renales (Advanced Renal Cell Carcinoma Sorafenib, ARCCS)
 Otro

6 Información sobre el seguro del paciente

Asegurador primario
 Teléfono: _____
 Núm. de identificación de la póliza: _____ Núm. de grupo: _____
 Nombre del suscriptor/fecha de nacimiento: _____
 ¿Este plan ofrece cobertura para medicamentos con receta? SÍ NO

Asegurador secundario
 Teléfono: _____
 Núm. de identificación de la póliza: _____ Núm. de grupo: _____
 Nombre del suscriptor/fecha de nacimiento: _____
 ¿Este plan ofrece cobertura para medicamentos con receta? SÍ NO

7 Información financiera del paciente*

Ingreso doméstico anual actual: \$ _____
 Número de personas en el hogar que dependen del ingreso arriba mencionado (incluyendo al solicitante): _____
 Fuente de ingresos:
 Empleo Familia Asistencia pública SSI/SSDI
 Otro (Especifique): _____
 *Se requerirá documentación de prueba de ingresos para realizar una evaluación de elegibilidad para el Programa de asistencia al paciente. (ver pg. Formulario 1040 de declaración fiscal, SSA-1099, Formulario W-2, etc.)

Declaración del paciente
 Declaro que la información proporcionada en este formulario de inscripción es actual, fiel y completa. También comprendo que el Programa REACH de Nexavar puede solicitar documentos para verificar mi información financiera o de seguro. Comprendo que cualquier asistencia como producto gratuito es contingente a mi capacidad de cumplir con los criterios de elegibilidad del programa. El Programa REACH de Nexavar también se reserva el derecho a adoptar una determinación independiente de mis necesidades financieras y médicas. También comprendo que Bayer y Onyx se reservan el derecho de, en cualquier momento y sin previo aviso, modificar o discontinuar este programa con respecto a cualquier paciente o de manera total.

Autorizo al Programa REACH de Nexavar a usar y obtener información de mi médico, compañía de seguros y otras fuentes, como lo considere necesario, para garantizar la precisión e integridad de este formulario de inscripción con el fin de administrar el Programa REACH de Nexavar. Comprendo que el Programa REACH de Nexavar usará y enviará mi información para ayudarme con mis preguntas sobre reembolsos, para verificar si puedo participar con el fin de recibir productos gratuitos a través de la asistencia a pacientes, o para recomendarme o determinar mi elegibilidad para otras fundaciones o fuentes alternativas de fondos o cobertura para ayudarme con los costos de obtención de NEXAVAR.

Declaro que soy un residente legal de los Estados Unidos.

Firma del paciente: _____
 Fecha: _____

5 Se requiere la información de contacto completa del paciente. Esta sección también pregunta si el paciente ha participado en alguna prueba clínica de sorafenib.

6 La información del asegurador primario y secundario del paciente, así como si el asegurador ofrece cobertura de medicamentos con receta, es necesaria para determinar la cobertura de Nexavar.

7 Para determinar si los pacientes son elegibles para recibir algún tipo de asistencia financiera, debe llenarse esta sección. Se requerirán comprobantes de ingresos para poder evaluar la elegibilidad del paciente para el programa de asistencia REACH.

Puede obtener formularios adicionales a través de REACH o en el sitio Web www.NEXAVAR.com

Apoyo vital a través de REACHSM
1.866.NEXAVAR
(1.866.639.2827)

Lunes a viernes—9 AM a 8 PM EST

400 Morgan Lane, West Haven, CT 06516 USA
 © 2006 Bayer Pharmaceuticals Corporation, West Haven, CT

SS0903406

2/06

2100 Powell Street, Emeryville, CA 94608 USA
 Impreso en los EE.UU.



Programa REACH (Recursos para la Línea de Asistencia y Cuidados Expertos) de Nexavar

PO Box 220765
Charlotte, NC 28222-0765
Teléfono: **1.866.NEXAVAR (1.866.639.2827)**
Fax: **1.866.639.5181**

Formulario de inscripción

Complete cada sección de la manera más detallada posible y devuelva este formulario de inscripción confidencial a REACH. Si un artículo no aplica en su caso, escriba "N/A" sobre la línea.

Información del médico

Nombre del médico: _____
Nombre del centro/unidad: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Contacto en oficina: _____ Teléfono: _____
Fax: _____ Mejor hora para llamar: _____
Núm. de licencia estatal: _____
Núm. de identificación fiscal: _____

Información del médico que realiza el despacho desde el consultorio*

(*Complete esta sección únicamente si el médico hace el despacho en el consultorio)

Núm. del proveedor pagador específico (seguro primario): _____
Núm. del proveedor pagador específico (seguro secundario): _____
Núm. de identificación fiscal: _____

Información sobre el diagnóstico del paciente

Código de diagnóstico/ICD-9 del paciente: _____

Receta médica

Tras la confirmación de la cobertura del seguro (o de que el paciente apruebe recibir asistencia a través del Programa REACH de Nexavar), se enviarán los medicamentos a través de un proveedor farmacéutico especializado al domicilio del paciente (mencionado en la parte superior derecha), a menos que el practicante indique lo contrario:

Nombre del paciente: _____
Nombre del producto: NEXAVAR tabletas de 200 mg
Suministrado como: 120 tabletas por frasco (suministro de 30 días)
(Dosis recomendada: 400 mg dos veces al día)
Dosis: _____ Fir: _____
Cantidad: _____
Reposición(es): _____ Núm. DEA: _____ Fecha: _____

Declaración del médico

He verificado que la información tanto del médico como del paciente incluida en este formulario de inscripción es a mi juicio fiel y completa, y que he recetado NEXAVAR con base en mi juicio profesional de necesidad médica. Autorizo a Bayer y Onyx, y a sus compañías afiliadas o subcontratistas, a reenviar esta receta a una farmacia de despacho en representación mía y de mi paciente.

Firma del médico: _____

Fecha: _____

Información del paciente

Nombre del paciente: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Fecha de nacimiento: _____ NSS: _____
Teléfono durante el día: _____
Teléfono durante la noche: _____ Mejor hora para llamar: _____
¿Alguna vez ha participado en una prueba clínica de sorafenib? SÍ NO
 Estudio de sorafenib para carcinomas avanzados en células renales (Advanced Renal Cell Carcinoma Sorafenib, ARCCS)
 Otro

Información sobre el seguro del paciente

Asegurador primario: _____
Teléfono: _____
Núm. de identificación de la póliza: _____ Núm. de grupo: _____
Nombre del suscriptor/Fecha de nacimiento: _____
¿Este plan ofrece cobertura para medicamentos con receta? SÍ NO
Asegurador primario: _____
Teléfono: _____
Núm. de identificación de la póliza: _____ Núm. de grupo: _____
Nombre del suscriptor/Fecha de nacimiento: _____
¿Este plan ofrece cobertura para medicamentos con receta? SÍ NO

Información financiera del paciente*

Ingreso doméstico anual actual: \$ _____
Número de personas en el hogar que dependen del ingreso arriba mencionado (incluyendo al solicitante): _____
Fuente de ingresos:
 Empleo Familia Asistencia pública SSI/SSDI
 Otro (Explique): _____

*Se requerirá documentación de prueba de ingresos para realizar una evaluación de elegibilidad para el Programa de asistencia al paciente. (por ej., Formulario 1040 de declaración fiscal, SSA-1099, Formulario W-2, etc.)

Declaración del paciente

Declaro que la información proporcionada en este formulario de inscripción es actual, fiel y completa. También comprendo que el Programa REACH de Nexavar puede solicitar documentos para verificar mi información financiera o de seguro. Comprendo que cualquier asistencia como producto gratuito es contingente a mi capacidad de cumplir con los criterios de elegibilidad del programa. El Programa REACH de Nexavar también se reserva el derecho a adoptar una determinación independiente de mis necesidades financieras y médicas. También comprendo que Bayer y Onyx se reservan el derecho de, en cualquier momento y sin previo aviso, modificar o discontinuar este programa con respecto a cualquier paciente o de manera total.

Autorizo al Programa REACH de Nexavar a usar y obtener información de mi médico, compañía de seguros y otras fuentes, como lo considere necesario, para garantizar la precisión e integridad de este formulario de inscripción con el fin de administrar el Programa REACH de Nexavar. Comprendo que el Programa REACH de Nexavar usará y enviará mi información para ayudarme con mis preguntas sobre reembolsos, para verificar si puedo participar con el fin de recibir productos gratuitos a través de la asistencia a pacientes, o para recomendarme o determinar mi elegibilidad para otras fundaciones o fuentes alternativas de fondos o cobertura para ayudarme con los costos de obtención de NEXAVAR.

Declaro que soy un residente legal de los Estados Unidos.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____