FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE PACIENTES PARA INJECTAFER

ENVÍE ESTE FORMULARIO **ANTES** DE LA ADMINISTRACIÓN DE INJECTAFER

- Complete todos los campos obligatorios
- Imprima el formulario
- Obtenga las firmas del médico y del/de la paciente en la página 1
- Envíelo por fax al 1-833-471-9988
- Entregue al/a la paciente una copia del Consentimiento del/de la paciente en la página 3

Una vez recibido el formulario, AR Assist podrá evaluar si el/la paciente cumple con los requisitos para participar en los programas de apoyo de Injectafer, así como realizar una verificación de beneficios si así se solicita.

AR Assist
1-877-448-4766
www.AR-assist.com
Fax: 833-471-9988

¿Con qué programas necesita ayuda su paciente? Seleccione todas las opciones que correspondan.
☐ Verificación de beneficios ☐ Ayuda para autorización previa ☐ Ayuda con la apelación de reclamaciones ☐ Programa de asistencia al paciente

1 INFORMACIÓN DEL/DE LA PACIENTE

Nombre completo: **Fecha de nacimiento:** / / **Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer
Teléfono: - - **Tipo de teléfono:** ☐ Particular ☐ Móvil ☐ Laboral **Correo electrónico:**
Dirección: **Ciudad:** **Estado:** **Código postal:**
Código de diagnóstico primario (ICD-10-CM): **Código de diagnóstico secundario (ICD-10-CM):**
¿Permiso para contactar al/a la paciente? ☐ Sí ☐ No **¿Mejor horario para contactar al/a la paciente?** ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche
Fecha prevista de la infusión: / /

2 INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL/DE LA PACIENTE

☐ Sin seguro **Tipo de seguro:** ☐ Comercial/Privado ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Medicare Advantage ☐ Asuntos de Veteranos (VA) ☐ Otro

INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN DE SALUD
Nombre del plan:
Número de teléfono del plan: - -
Nombre del beneficiario/de la beneficiaria:
Fecha de nacimiento del beneficiario/de la beneficiaria: / /
N.º de póliza: **N.º de grupo:**

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO (opcional)
Nombre del plan:
Número de teléfono del plan: - -
N.º de póliza: **N.º de grupo:**

3 INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del médico: **Nombre del consultorio:**
Contacto del consultorio: **Teléfono:** - - **Fax:** - - **Correo electrónico:**
Dirección: **Ciudad:** **Estado:** **Código postal:**
Número de identificación fiscal del médico facultado para prescribir:
Número Único de Identificación del Médico/ Identificador Nacional de Proveedor (UPIN/NPI):

Si el consultorio en el que se administra difiere del consultorio del proveedor, complete esta sección con la información del consultorio en el que se administra:
Contacto del consultorio: **Teléfono:** - - **Fax:** - - **Correo electrónico:**
Dirección: **Ciudad:** **Estado:** **Código postal:**
Número de identificación fiscal del médico facultado para prescribir:
Número Único de Identificación del Médico/ Identificador Nacional de Proveedor (UPIN/NPI):
Número de SGLN:

4 CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO

Confirmo que he leído y comprendo la Certificación del médico que figura en la página 2 de este formulario y acepto los términos que en ella se explican.

☑ **Firma del médico:** _____ **Fecha:** / /

Debe ser una firma manuscrita.

5 CONSENTIMIENTO DEL/DE LA PACIENTE

Confirmo que he leído y comprendo el Consentimiento del/de la paciente que figura en la página 3 de este formulario y acepto los términos que en él se explican.

Nombre: ☑ **Firma del/de la paciente:** _____ **Fecha:** / /

Para representantes: Si un representante del/de la paciente debe firmar este formulario, por favor indique el poder de representación que le permite firmar en nombre del/de la paciente (por ejemplo, poder notarial para la atención médica, representante autorizado para la atención médica, padre o madre, tutor legal designado por un tribunal). El personal del consultorio médico no puede firmar en representación del/de la paciente.

Nombre del representante: **Teléfono:** - -
Motivo del poder de representación:

Certificación del representante: Confirmo que tengo el derecho legal de firmar este formulario (como se indica más arriba) en nombre del/de la paciente. Confirmo que he leído y comprendo el Consentimiento del/de la paciente que figura en la página 3 de este formulario y acepto los términos que en él se explican. **¿Permiso para contactar al representante?** ☐ Sí ☐ No

☑ **Firma del representante:** _____ **Fecha:** / /

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO

Al firmar en la página 1 de este formulario, certifico que soy el profesional médico que prescribe el medicamento y que he determinado que prescribir Injectafer® (inyección de carboximaltosa férrica) es médicamente apropiado, y que le he explicado a mi paciente las razones para hacerlo. También acepto presentar solicitudes a AR Assist en nombre de mi paciente para que se evalúe su elegibilidad y se determine su acceso a diversos programas de asistencia.

Certifico que he recibido el consentimiento necesario de mi paciente para divulgar la información mencionada anteriormente y demás información médica protegida (según la definición de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico [HIPAA] de 1996) a AR Assist y/o a sus proveedores de servicios. El/la paciente ha confirmado su consentimiento al leer la página 3 de este formulario y al firmar en la página 1 del mismo.

Acepto notificar a AR Assist o a sus proveedores de servicios si en algún momento tengo conocimiento de cambios en la situación de mi paciente que pudieran afectar su elegibilidad para cualquier programa de AR Assist, incluidos, entre otros, cambios en el estado o la cobertura de su seguro médico, su situación financiera, su estatus de residencia en los Estados Unidos o la indicación para la que se le ha recetado Injectafer a mi paciente. Entiendo que American Regent, Inc., empresa matriz de AR Assist, se reserva el derecho de modificar o dar por terminados los servicios de AR Assist (incluidos el Programa de Ahorros de Injectafer o el Programa de Asistencia al Paciente) en cualquier momento, o de negarse a proporcionar Injectafer a cualquier paciente en el marco del Programa de Asistencia al Paciente.

Si mi paciente obtiene Injectafer a través del Programa de Asistencia al Paciente, certifico que comprendo lo siguiente:

- En el marco de dicho programa, no se le puede cobrar Injectafer a ningún tercero ni a ningún paciente.
- Ningún producto gratuito debe venderse, intercambiarse ni distribuirse con fines de venta.
- El suministro gratuito de cualquier medicamento no está condicionado a la compra o prescripción futura de Injectafer.

Al firmar la página 1 de este formulario, certifico que se le ha entregado una copia del Consentimiento del/de la paciente al/a la paciente mencionado/a en la página 1 o a su representante.

CONSENTIMIENTO DEL/DE LA PACIENTE

Divulgación de información personal

Al firmar en la página 1 de este formulario, autorizo a mi(s) médico(s), proveedor(es) de atención médica y compañía de seguro médico a divulgar información sobre mí (por ejemplo, mi nombre, dirección y número de póliza de seguro) y mi afección médica (por ejemplo, mi diagnóstico o medicamentos) a AR Assist y a sus proveedores externos, proveedores y otros prestadores de servicios que apoyan a AR Assist (en lo sucesivo denominados en su conjunto "prestadores de servicios"). Autorizo a los proveedores de servicios que colaboran con AR Assist a compartir información sobre mí entre ellos. Acepto que este tipo de información de identificación personal (PII) podría incluir datos orales o escritos sobre mi salud o mi atención médica, o copias de registros sobre mi salud y mis beneficios de seguro proporcionados por mis proveedores de atención médica o mi plan de salud. Mi decisión de firmar este formulario (o de no firmarlo) no afectará el tratamiento que reciba de ningún profesional de atención médica o entidad involucrada en mi atención o cobertura.

Uso de la información personal

Entiendo que los proveedores de servicios podrían utilizar o proporcionar mi información de una o más de las siguientes maneras:

- Evaluar mi elegibilidad y ayudarme con mi inscripción en un programa de apoyo de AR Assist, incluido el Programa de Ahorros de Injectafer o el Programa de Asistencia al Paciente, y ponerse en contacto conmigo (y/o con mi representante legal) respecto a mi elegibilidad y mi estado de inscripción
- Verificar, investigar y ayudar a coordinar mi cobertura para Injectafer con mi compañía de seguro médico
- Colaborar en los análisis de la eficiencia y el desempeño de los servicios prestados por los proveedores de servicios
- Proporcionarme (y/o a mi representante legal) materiales educativos, información y apoyo relacionados con los servicios de AR Assist
- Brindar apoyo para apelar cualquier denegación de cobertura por parte de la aseguradora

En algunos casos, los proveedores de servicios pueden desidentificar mi información y utilizar o divulgar la información desidentificada (de manera individual o combinada) para cualquier fin comercial legítimo. Entiendo que los proveedores de servicios harán todos los esfuerzos razonables para mantener la privacidad de mi información; sin embargo, entiendo que, una vez que mi información haya sido divulgada a los proveedores de servicios, la forma en que estos divulguen posteriormente mi información podría dejar de estar protegida por las leyes federales y estatales de privacidad. Entiendo que AR Assist es una división de American Regent, Inc., la empresa matriz de AR Assist, y que los proveedores de servicios pueden recibir un pago de parte de American Regent, Inc. Mis proveedores de atención médica también pueden recibir una remuneración, o un pago, por divulgar mi información de conformidad con este documento de consentimiento.

Términos del consentimiento

Este consentimiento tendrá una vigencia de 3 años a partir de la fecha que figura en este formulario o hasta que ya no reciba Injectafer ni esté inscrito/a en ningún servicio de AR Assist. Entiendo que no estoy obligado/a a firmar el consentimiento de la página 1, pero si no lo hago, no podré verificar mi cobertura de seguro, recibir referencias para fuentes de financiamiento alternativas ni tener acceso a otros servicios prestados por AR Assist o en su nombre. Mi decisión de firmar este formulario no afectará el tratamiento que reciba de ningún profesional de atención médica o entidad involucrada en mi atención o cobertura. Puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento comunicándome con AR Assist al 877-448-4766. Al hacerlo, revoco mi consentimiento para que mi proveedor de atención médica divulgue mi información médica a American Regent, Inc. o a sus proveedores de servicios, y también dejo de participar en el programa de apoyo. Acepto que la revocación de mi consentimiento no afectará el uso ni la divulgación de la información médica que ya se haya divulgado antes de mi cancelación. Confirmo que he recibido una copia de este consentimiento y sé que tengo derecho a consultar o copiar la información que mis proveedores de atención médica o entidades pagadoras hayan proporcionado a los proveedores de servicios.

Información adicional para evaluar la elegibilidad para el programa de asistencia al paciente

Acepto que American Regent, Inc. y sus proveedores de servicios asociados utilicen mi información demográfica, incluidos, entre otros datos, mi nombre, fecha de nacimiento y/o dirección, según sea necesario para acceder a mi información crediticia y a la información derivada de fuentes públicas y de otro tipo. Esto incluye información de una agencia de informes de crédito (oficina de crédito) para estimar mis ingresos, como parte del proceso de determinación de elegibilidad que se lleva a cabo para determinar si cumplo con los requisitos del Programa de Asistencia al Paciente. American Regent, Inc., y sus proveedores de servicios asociados se reservan el derecho de solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento. Acepto notificar a mis proveedores de atención médica si se produce algún cambio que, según mi conocimiento, pudiera afectar mi elegibilidad, incluidos, entre otros, cambios en mi situación o cobertura de seguro médico, mi situación financiera y mi estatus de residencia en los Estados Unidos.

Los términos de este documento se rigen e interpretan de acuerdo con las leyes del estado de New Jersey, excluidas las normas de conflicto de leyes de New Jersey, y la ley federal aplicable.

©2026 American Regent, Inc. Todos los derechos reservados.
NP-IN-US-0388 09/26

INJECTAFER® y el logotipo de INJECTAFER® son marcas comerciales registradas de Vifor (International) Inc., Suiza. INJECTAFER® se fabrica bajo licencia de Vifor (International) Inc., Suiza. American Regent, el logotipo de American Regent y AR Assist son marcas comerciales registradas de American Regent, Inc.