

INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DE SUSCRIPCION DEL PACIENTE PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE (PAP)

Gracias por su interés en aplicar a la Fundación ENcourage[®]. La Fundación es una organización sin fines de lucros que ayuda a pacientes calificados a tener acceso a la medicina Enbrel[®] (etanercept) sin costo alguno.

COMO CALIFICAR

- **Residencia:** Debe ser residente de los Estados Unidos, Guam, Puerto Rico o en Las Islas Virgenes de Los Estados Unidos.
- **Ingresos Monetarios:** Los ingresos anuales de usted y su núcleo familiar no deben exceder las directrices de nuestro programa.
- **Seguro Médico:** Usted debe tener cobertura limitada o ninguna cobertura para ENBREL.

COMO APLICAR

- **Paciente:** Complete la INFORMACION DEL PACIENTE (página 1 de la aplicación), luego firme y ponga la fecha en el Consentimiento del Paciente (página 2 de la aplicación).
- **Proveedor:** Complete el formulario PARA LA PRESCRIPCION DEL PRODUCTO (página 3 de la aplicación) incluyendo firma y fecha.
- **Proveedor:** Mande la aplicación terminada por FAX al **(888)508-8083**

PROXIMO PASO

Una vez que recibamos su aplicación, ambos usted y su médico serán notificados de su elegibilidad. Si tiene cualquier pregunta, sírvase llamar al (800) 282-7752, de Lunes a Viernes, entre las 9:00am y las 9:00pm tiempo del este.

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente:			Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
_____		_____		_____	
Apellido		Nombre		Inicial	
Fecha de Nacimiento: ____/____/____	Seguro Social: - -		US Residente: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Dirección del paciente:					
_____		_____		_____	
Calle		Cuidad		Estado Código Postal	
Teléfono:					
() -		() -			
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Trabajo			<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Trabajo		
Ingreso actual anual del núcleo familiar: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual					\$.
Número total de personas viviendo juntas(incluyéndole a usted):					
Está suscrito en Medicaid? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Solo Emergencia					
Está suscrito en Medicare? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si esta, Medicare ID #					
Está suscrito en Medicare Part D? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pendiente					
Tiene seguro comercial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si lo tiene continúe abajo:					
SEGURO PRIMARIO	Seguro:		Teléfono #: () -		
	Nombre del Suscriptor:		Relación con Paciente:		
	Número de Póliza:		Número de grupo:		
SEGURO SECUNDARIO	Seguro:		Teléfono #: () -		
	Nombre del Suscriptor:		Relación con Paciente:		
	Número de Póliza:		Número de grupo:		
SEGURO DE FARMACIA	Seguro:		Teléfono #: () -		
	Nombre del Subscriptor:		Relación con Paciente:		
	Número de Póliza:		Número de grupo:		
Califica Usted para otro programa caritativo federal, local o estatal (VA/DOD)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si califica continúe abajo:					
OTRO	Nombre del Programa:		Número de Póliza:		
	Fecha Efectivo: ____/____/____		Teléfono #: () -		

CERTIFICACION DEL PACIENTE Y AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMACION

La Fundación ENCourage® (“La Fundación”) es un programa de asistencia al paciente sin fines de lucro que está apoyada por AMGEN y PFIZER y provee la medicina Enbrel® (etanercept) sin costo alguno a pacientes que califican.

Yo autorizo a la Fundación, Amgen, Pfizer, a todos sus agentes, y contratistas de tercer partidos de sus servicios autorizados a administrar la Fundación a:

- Usar la información que he proveído en la aplicación para la Fundación para determinar mi elegibilidad y asistir en mi continua participación en la Fundación.
- Usar mi número de seguro social para acceder mi información de crédito, así como información derivada de fuentes públicas y otras fuentes para estimar mis ingresos monetarios en conjunción con el proceso para determinar mi elegibilidad.
- Contactarme para recibir información sobre los servicios de la Fundación.

Para éstos propósitos también autorizo a que se comparta información acerca de mi condición médica, tratamiento y cobertura de seguro médico entre mi médico, profesionales de la salud, planes de salud, personal que provee cuidado, miembros de la familia y la Fundación, Amgen, Pfizer y sus agentes, y contratistas de tercer partidos o a sus proveedores de servicios autorizados a administrar la Fundación.

Yo certifico que:

- La información que he proveído en el formulario de aplicación de la Fundación está completa y correcta.
- No voy a pedir reembolso de ninguna compañía de seguros o programas gubernamentales de beneficios para la salud por ENBREL que yo reciba de la fundación.
- Notificaré a la Fundación dentro de treinta (30) días si mi cobertura de seguro médico o mi estatus financiero cambian.
- No vendere, cambiaré o distribuire ENBREL que se me haya dado a través de la Fundación.

Yo entiendo que:

- Completar la aplicación para la Fundación no es una garantía de elegibilidad para la Fundación
- La Fundación puede discontinuar el programa en cualquier momento sin aviso.
- Yo me puedo rehusar a firmar este formulario pero si me rehúso a firmar o revoco la autorización, no podré recibir asistencia de la Fundación.
- Mi proveedor de servicios médicos o mis proveedores de seguro no condicionarán mi tratamiento médico o mis beneficios de seguro basados en mi acuerdo a firmar este formulario.
- Una vez que provea la información en la aplicación a la Fundación, Amgen, Pfizer, los agentes, y contratistas de terceros partidos o proveedores de servicios autorizados que trabajan para ellos en relación a esta autorización las leyes federales de privacidad pudieran no prevenir una futura revelación de esta información.
- Yo puedo recibir una copia de este formulario o revocarla en cualquier momento llamando al 1-800-282-7752.
- Esta autorización caducará un (1) año después de la fecha en que se firme o un (1) año después de la última fecha en que reciba un producto de la Fundación, cualquiera sea que ocurra más tarde.

**Firma del paciente o
representante legal**

**Escriba el nombre del paciente
o del representante legal**

Fecha Firmado

La Fundación ENCourage® se reserva el derecho de modificar o discontinuar éste programa con respecto a cualquier paciente o en su totalidad en cualquier momento. La Fundación ENCourage® se reserve el derecho de hacer una determinación independiente de necesidad financiera.

PRODUCT PRESCRIPTION FORM

Patient	Patient Name: _____		Gender:	Date of Birth:	
	LAST	FIRST	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	/ /	
Physician	First Name:	Last Name:	State License #:		
	Phone #: () -	Fax #: () -			
	Street Address: _____				
Street (PO BOX not accepted)		City	State	Zip	
Facility/ Practice	Facility/Practice Name:		Facility/Practice Contact Name: (other than physician)		
PRESCRIPTION	MEDICATION / DOSE		FREQUENCY	QUANTITY	REFILLS
	Enbrel® (etanercept):				
	<input type="checkbox"/> 50mg SureClick®		<input type="checkbox"/> Once weekly <input type="checkbox"/> Twice weekly for 3 months; then once weekly (Step-down Dosing)	_____	<input type="checkbox"/> 1 year or <input type="checkbox"/> x _____
	<input type="checkbox"/> 50mg Prefilled Syringe		<input type="checkbox"/> Once weekly <input type="checkbox"/> Twice weekly for 3 months; then once weekly (Step-down Dosing)	_____	<input type="checkbox"/> 1 year or <input type="checkbox"/> x _____
	<input type="checkbox"/> 25mg Vial		<input type="checkbox"/> Once weekly <input type="checkbox"/> Twice weekly	_____	<input type="checkbox"/> 1 year or <input type="checkbox"/> x _____
	<input type="checkbox"/> 25mg Prefilled Syringe		<input type="checkbox"/> Once weekly <input type="checkbox"/> Twice weekly	_____	<input type="checkbox"/> 1 year or <input type="checkbox"/> x _____
	<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> _____	_____	<input type="checkbox"/> 1 year or <input type="checkbox"/> x _____
	Prescription length is 12 months unless otherwise noted here:				
New Enrollees/Step-down Dosing: Shipped monthly for the first 3 months, then every 3 months for the remaining number of refills.			Re-enrollees: 4 shipments of 3 months' supply each on a 1 year refill prescription.		
SHIPMENT INSTRUCTIONS: ENBREL is shipped to the patient directly. If you prefer to have the product shipped to the Physician's office instead, please check here: <input type="checkbox"/> Ship to Physician's Office					

I have prescribed ENBREL for the above patient. My patient gave consent for me to provide this information. I understand that no third party or patient should be billed or charged for ENBREL provided by this program. I understand that no free product should be sold, traded, or distributed for sale.

Physician's Original Signature (stamps not accepted)

Date Signed

Completion of this form is independent of the application process and does not guarantee enrollment in the ENcourage Foundation®. The ENcourage Foundation® must review the complete application to determine the patient's eligibility.