

Este formulario es solo para uso de pacientes tratados con RADICAVA® IV. Use este formulario si ya ha pagado los gastos de bolsillo a su proveedor de infusiones o farmacia especializada. Puede completar y enviar este formulario para recibir un cheque de reembolso por los gastos de bolsillo que correspondan luego de la validación de toda la información requerida. Este formulario solo puede ser completado por el paciente o el Representante legal del paciente. El paciente es responsable de los importes no cubiertos por el Programa de asistencia para gastos de bolsillo.

Si usted es elegible para participar y se inscribe en el Programa de asistencia para gastos de bolsillo, puede recibir un cheque por el reembolso de los gastos de bolsillo que correspondan para su medicamento, y los costos de infusión de RADICAVA® IV o asociados con la compra/adquisición de RADICAVA® IV. Para conocer todos los Requisitos de elegibilidad y los términos y condiciones, consulte el folleto para pacientes del Programa de asistencia para gastos de bolsillo o visite radicava.com.

Cómo presentar la reclamación del reembolso de los gastos de bolsillo que correspondan para RADICAVA® IV:

1. Complete las secciones A, B y C, y firme y feche la sección D:

- Necesitará la información personalizada que se le envió en el momento de la inscripción

2. Incluya copias de los documentos que se enumeran a continuación:

- Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de sus planes de seguro médico principal y secundario, si corresponde. Necesaria para el reembolso médico únicamente
- Factura de su proveedor de infusiones o farmacia especializada, la cual incluye:
 - Nombre del paciente e identificación del copago
 - Nombre y dirección del proveedor de infusiones o de la farmacia especializada
 - Fecha(s) de servicio o compra
 - RADICAVA® IV o código de procedimiento de atención de la salud (Healthcare Common Procedure Coding System, HCPCS)
 - Importe que el paciente pagó por el medicamento RADICAVA® IV
 - Importe que el paciente pagó por el tratamiento de infusión intravenoso, si corresponde
- Comprobante de pago que el paciente le entregó al proveedor de infusiones o farmacia especializada por los gastos de bolsillo que correspondan al paciente por RADICAVA® IV (p. ej., recibo de la tarjeta de crédito, fotocopia del cheque pagado)

3. Envíe el Formulario de solicitud de reembolso de asistencia para gastos de bolsillo por fax o por correo postal con la EOB y el comprobante de pago/recibo a la dirección de arriba.

Sección A: Información del paciente			
Apellido		Nombre	
Dirección particular			
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Ciudad	Estado	Código postal
Sección B: Información del proveedor			
Apellido		Nombre	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Sección C: Información de la reclamación			
Identificación del copago		Fecha del servicio	Importe facturado
Sección D: Firma del paciente			
Certifico que, según mi leal saber y entender, la información adjunta y presentada en este formulario es veraz y correcta. Mediante el envío de esta solicitud, certifico que he leído los Requisitos de elegibilidad, así como los Términos y condiciones del Programa de asistencia para gastos de bolsillo y que soy elegible para recibir asistencia para los gastos de bolsillo del programa en la solicitud que estoy enviando para obtener asistencia con los gastos. Certifico que no tengo seguro de salud gubernamental (como Medicare, Medicaid, Departamento de Asuntos de los Veteranos [Veterans Affairs, VA], Departamento de Defensa [Department of Defense, DoD] u otros programas de asistencia federales o estatales) y que he pagado a mi Proveedor de atención médica mi parte del costo de la administración del tratamiento con RADICAVA® IV según lo determinado por mi compañía de seguros de salud comercial. El paciente es responsable de informar la recepción de los beneficios del Programa de asistencia para gastos de bolsillo a cualquier aseguradora, plan de salud u otro tercero que pague o reembolse cualquier parte del costo de tratamiento pagado por el Programa de asistencia para gastos de bolsillo, según sea necesario. Autorizo la divulgación de cualquier información médica a terceros que trabajen en nombre de Mitsubishi Tanabe Pharma America, Inc. necesaria para procesar esta solicitud de asistencia del Programa de asistencia para gastos de bolsillo.			
Nombre del paciente _____			
Firma _____		Fecha _____	

Si tiene dudas acerca del Programa de asistencia para gastos de bolsillo, llame al 1-844-772-4548, de lunes a viernes, de 8:00 A.M. a 8:00 P.M., hora del Este.

Este Formulario solo puede ser completado por el paciente o el Representante legal del paciente. Este formulario se debe enviar, junto con toda la documentación requerida, para que el paciente reciba la asistencia para gastos del Programa de asistencia para gastos de bolsillo por los importes de bolsillo correspondientes, que el paciente ya ha pagado a su proveedor de infusiones por la administración de la infusión de RADICAVA® IV, de acuerdo con los Requisitos de elegibilidad y los términos y condiciones del Programa de asistencia para gastos de bolsillo que se indican en el folleto del Programa de asistencia para gastos de bolsillo o en línea en radicava.com. El paciente es responsable de los importes no cubiertos por el Programa de asistencia para gastos de bolsillo. Consulte todos los Requisitos de elegibilidad y los términos y condiciones disponibles en radicava.com.

Consulte toda la Información de prescripción, incluida la Información para el paciente, disponible en radicava.com.

