

12a	<p>Nota: Si recibe el medicamento por vía subcutánea, no conteste esta pregunta.</p> <p>A veces no recibo el medicamento inmunoglobulina:</p> <p>() Si () No</p>	12b	<p>Nota: Si recibe el medicamento por vía subcutánea, no conteste esta pregunta.</p> <p>Si eligió Sí, indique el motivo (<i>Marque todas las opciones que correspondan</i>):</p> <p>[] No puedo pagarlo [] No me siento bien</p> <p>[] Transporte [] Otro: _____</p> <p>_____</p>
-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

13	<p>Nota: Si recibe el medicamento por vía intravenosa, no conteste esta pregunta.</p> <p>Actualmente recibo el medicamento inmunoglobulina por vía subcutánea:</p> <p>() Cada semana () Dos veces por semana () Otro: _____</p>
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

14	<p>Mi participación en esta pilot program de Medicare (<i>Marque todas las opciones que correspondan</i>):</p> <p>[] Reducirá el tiempo empleado viajando hacia y desde el hospital/consultorio del proveedor para la administración intravenosa</p> <p>[] Reducirá el tiempo en que me encuentre ausente de las actividades diarias</p> <p>[] Reducirá los pagos adicionales que debo hacer para recibir la administración intravenosa</p> <p>[] Reducirá la exposición a infecciones</p> <p>[] Reducirá el riesgo de conducir deterioradamente atribuida a la reacción de la infusión</p> <p>[] Mejorará mi calidad de vida general</p> <p>[] Otro: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SECCIÓN III: Información de pago de los gastos por la administración de IGIV

Esta sección incluye preguntas para comprender cómo usted actualmente paga por los gastos administrativos de IGIV (aquellos relacionados con servicios, suministros y accesorios pero no con el medicamento en sí mismo)..

Nota: Omita esta sección si actualmente recibe el medicamento por vía subcutánea.

15	<p>¿Actualmente, quién paga los gastos el costo de enfermería y suministros asociados con la administración de este medicamento (no el costo del medicamento en sí mismo)? Si actualmente no está tomando este medicamento pero planea hacerlo, a que espera que pague estos gastos si no participa en el programam piloto? (<i>Marque una opción</i>):</p> <p>() Yo pago todos los gastos</p> <p>() Yo pago la mayoría de los gastos, pero algunos están cubiertos por seguros médicos o planes de asistencia de medicamentos</p> <p>() El seguro médico o plan de asistencia de medicamentos paga la mayoría de los gastos</p> <p>() Recibo el medicamento en el consultorio del médico/hospital/centro de infusión intravenosa ambulatorio y no pago ningún gasto</p> <p>() No lo sé</p>
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

16	<p>Marque el otro seguro médico que cubre el costo de enfermería y suministros asociados con la administración de este medicamento. Si actualmente no está tomando este medicamento pero planea hacerlo, seleccione el otro seguro médico que cubra estos gastos si no participa en el programa piloto (<i>Marque todas las opciones que correspondan</i>):</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos</p> <p><input type="checkbox"/> Plan de salud para jubilados o patrocinados por el empleador de su cónyuge</p> <p><input type="checkbox"/> Póliza comprada en forma privada (excepto Medi-gap)</p> <p><input type="checkbox"/> Programa del Estado o condado que no sea Medicaid</p> <p><input type="checkbox"/> Programa de empresa farmacéutic</p> <p><input type="checkbox"/> TRICARE</p> <p><input type="checkbox"/> No lo sé</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SECCIÓN IV: Firma del Beneficiario

Comprendo que la solicitud para participar en esta demostración no garantiza que será seleccionado para participar en ella y que, en caso de ser seleccionado, mi participación en esta demostración es voluntaria y puedo retirarme de ella en cualquier momento.

17	Firma del Beneficiario	Fecha
----	------------------------	-------

SECCIÓN V: Firma del médico

18	Nombre del médico (<i>En letra de imprenta</i>)		
19	Número de teléfono del médico	20	NPI individual

Certifico que estoy brindando tratamiento a este paciente, que el paciente tiene una enfermedad de inmunodeficiencia primaria y es candidato para la administración de IGIV en su domicilio.

21	Firma del médico	Fecha
----	------------------	-------

Puede enviar su solicitud a esta dirección:
Noridian Healthcare Solutions
IVIG Demo
PO Box 3788
Fargo ND 58108-6788

Para envíos con entrega el siguiente día, envíe su solicitud a:
Noridian Healthcare Solutions
IVIG Demo
900 42nd Street South
Fargo ND 58103

Puede enviar por fax su solicitud completa a:
701-277-2428

Si hay espacios disponibles después del período de inscripción inicial, aceptaremos y revisaremos las solicitudes que lleguen hasta que llenemos todos los espacios.

El envío de una solicitud para esta demostración no garantiza que será seleccionado para participar.

Para información y orientación del programa piloto de IVIG sobre cómo completar esta solicitud, visite <http://med.noridianmedicare.com/web/ivig> y vea la "Guía de aplicación de inscripción".

Llame al programa piloto de IGIV, 844-625-6284, para obtener ayuda sobre el formulario, o para preguntas acerca del programa piloto de IGIV.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no se le requiere a ninguna persona responder a una recopilación de información a menos de que presente un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de OMB para esta recopilación es 0938-1246 (Caduca 30/04/2018). El tiempo requerido para completar esta recopilación de información es de 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar datos existentes, acumular los datos necesarios, completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario relacionado a la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244-1850. **Divulgación de CMS:** Por favor no envíe solicitudes, reclamaciones, pagos, registros médicos ni ningún documento que contenga información confidencial a la Oficina de liquidación de informes de la PRA. Tenga en cuenta que cualquier correspondencia que no corresponda a la carga de recopilación de información aprobada bajo el número de control OMB asociado que figura en este formulario no será revisada, reenviada ni retenida. Si tiene preguntas o dudas sobre dónde enviar sus documentos, póngase en contacto con Jody Blatt (Jody.Blatt@cms.hhs.gov).